AKTUELLES

BERICHT ÜBER DEN X. INTERNATIONALEN ÄRZTLICHEN KONGRESS FÜR PSYCHOTHERAPIE IN OXFORD

Der diesjährige internationale Kongreß, vom 29. 7. bis 2. 8., fand in Oxford, dieser Stätte ältester englischer Kultur, einen besonders glänzenden Rahmen. Der genius loci bestimmte so ausschlaggebend seine Atmosphäre, daß die Gefahr nahelag, diesem Eindruck gegenüber die Bedeutung der Fragen zu vergessen, die zur Verhandlung standen. Im gleichen Sinne wirkte auch die Tatsache, daß die Tagung von den Trägern der Tradition mit ungewöhnlichen offiziellen Ehren bedacht wurde. Die Outsiderstellung, welche der Psychotherapie bisher in den meisten europäischen Ländern zugewiesen war, ist ja gewiß keine zufällige. Vielleicht kann sie gar nicht „offiziell" werden, und ein wenig „Opposition" gehört zu ihrem Wesen, wie das Protestieren zum Protestantismus. — Schon der erste Abend brachte einen offiziellen Empfang durch die Kgl. Regierung, vertreten durch den Gesundheitsminister in Christ Church Hall (Frack und Orden vorgeschrieben). Sonnabend, den 30. 7. Empfang durch den Vizerektor. Montag, den 1. 8., Empfang durch The Rt. Worshipful the Mayor of Oxford. Für den einzig freigebliebenen Sonntagabend hatte Dr. William Brown zu einem Festessen anläßlich der Verleihung des Ehrendoktorats von Oxford an den Präsidenten der internationalen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie, Professor Dr. C. G. Jung, eingeladen. Auch diese höchste akademische Auszeichnung muß — Professor Jung hat es selbst ausgesprochen — zu einem Teil zugunsten der Psychotherapie gebucht werden. Gleichviel, daß damit zunächst Jungs persönliche Verdienste hervorgehoben werden sollten, so wären es doch Arbeiten aus unserm Fach, die man so ehrte. Damit aber wurde der Psychotherapie von einer der ersten europäischen Universitäten die Gleichberechtigung neben ihren älteren Schwesterwissenschaften zuerkannt. Das bedeutet zweifellos ein Novum. Der Kongreß war von weit über 300 Teilnehmern aus 18 Ländern besucht.

Die deutsche Delegation (unter den ausländischen Delegationen ziffernmäßig die stärkste) wurde von den Engländern mit besonderer Gastlichkeit, ja man kann sagen, mit besonderer Freundlichkeit, aufgenommen. In verschiedenen offiziösen und offiziellen Reden wurde ein wissenschaftliches Zusammengehen der beiden Länder als die beste Garantie des europäischen Friedens bezeich-

net. Rückblickend könnte man versucht sein, dies als eines der Vorzeichen jener englischen Haltung zu deuten, welche später zu der Münchner Verständigung geführt hat.

Die wissenschaftlichen Verhandlungen wurden am 30. 7. vorm. durch eine Ansprache von C. G. Jung eröffnet. Er berichtete über „Gemeinsame Gesichtspunkte der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen", welche das Ergebnis der Zusammenarbeit der Schweizer Psychotherapeuten darstellten. Die 14 Punkte, die dabei formuliert wurden, behandeln ärztliches Vorgehen, Psychogenese, Diagnose, Exploration, Material (darunter alle den Menschen möglichen Ausdrucksformen, die überlegte Sprache, die Sprache des freien Einfalles, der Phantasie, des Traumes, der Symptome und Symptomhandlungen, die Haltung), Ätiologie, das Unbewußte, Fixierung, Bewußtmachen, Analyse und Deutung, Übertragung, die ontogenetische Reduktion, die phylogenetische Reduktion, Therapie. — (Die erkannten neuen Inhalte sollen erlebt werden. Erst dadurch werden sie in die Verantwortung mit aufgenommen. Je wesentlicher die Inhalte, desto entscheidender ist die Verantwortung, desto freier ist die Persönlichkeit.)

Der Bericht zeigt vor allem, daß sich auch in der Schweiz Einigungsbestrebungen haben verwirklichen lassen, welche mit denen parallel laufen, die zur Gründung des Deutschen Institutes für Psychologische Forschung und Psychotherapie geführt haben. Die 14 Punkte sollen in den verschiedenen Ländern durchdiskutiert und ergänzt werden, um auf dem nächsten Kongreß den Kern der Besprechungen über die „Gemeinsamkeiten" zu bilden. Als zweites Hauptthema dieses nächsten Kongresses (dessen Zeit und Ort noch nicht festliegen) ist der Heilungsvorgang bestimmt worden.

Die beiden Hauptthemen des Oxforder Kongresses waren die Psychotherapie der verschiedenen Lebensphasen und die Beziehung der Psychotherapie zu psychosomatischen Problemen; zu dem ersten Hauptthema wurden zwei Gruppen von Vorträgen gehalten, von denen die eine sich mit den Fragen der Kinderpsychotherapie, die andere mit denen des Reifungsvorganges und der reifen Persönlichkeit beschäftigte.

In der ersten Gruppe vertrat Fritz Künkel-Deutschland die Bedeutung des „Wir" als Faktor in der Heilpädagogik. Das „Wir" soll das Innenerlebnis einer Gruppe bezeichnen. Das Kind kommt zur Welt als Teil einer Gruppe, der Familie. Es ist „wirhaft". Die Behauptung mancher Psychologen, daß das neugeborene Kind egoistisch sei, ist abzulehnen. Das ichhafte Verhalten beginnt erst, wenn das ursprüngliche Wir (das „Ur-Wir") vom Erwachsenen her gestört oder gar zerbrochen wird. — Die Aufgabe der Heilpädagogik besteht demnach in der Wiederherstellung des „Wir". Jedoch in der Form des

„reifenden Wirs“, welches im Gegensatz zum „Ur-Wir“ Spannungen und Zwistigkeiten zwischen seinen Mitgliedern zu ertragen vermag.

Groenveld-Holland (die frühe Kindheit und ihre Mechanismen). Die Haltung des Kindes läßt sich einmal dadurch charakterisieren, daß es die empirische Wirklichkeit annimmt, zweitens durch „magische“ Reaktionen, drittens durch die Toleranz zur Homogenisation oder Vereinheitlichung (Isotropismus).

Margaret Lowenfeld-England (Theorie und Gebrauch des Spiels in der Kinderpsychotherapie) brachte methodisch interessante Mitteilungen über die Verwendung des kindlichen Spieles für diagnostische und therapeutische Zwecke. Einfache Benutzung des Spieles kann leichte Neurosen bessern.

C. Boenheim-England (The Scope of Child Psychotherapie) gab eine allgemeine Übersicht der Ziele der Kinderpsychotherapie.

Emanuel Miller-England (Die Wichtigkeit der Diagnose und Behandlung von Störungen der Jugendlichen) unterschied 2 Haupttypen gestörter Jugendlicher; die konstitutionell sexuell Unzulänglichen und die erworben psychisch Gestörten.

Interessant war der Bericht von Ira S. Wile-USA. über die Behandlung der Störungen von Kindern und Jugendlichen in einer „offenen Klinik“, d. h. unter ständiger Anwesenheit (neben dem Patienten und seinen Eltern, sowie der Sozialpflegerin und der Sekretärin) eines Auditoriums, das sich zu einer Hälfte aus den Eltern und Angehörigen anderer Kinder (früherer und zukünftiger Patienten) zur anderen aus Ärzten, Psychologen usw. zusammensetzt. Dieses Auditorium wird (als Chor des Dramas gleichsam) durch den untersuchenden und behandelnden Arzt mit einbezogen. Auch dort, wo die intimsten Fragen besprochen werden. Seit ca. 14 Jahren wachsender Erfolg! Täglich etwa 60 Patienten, sehr viele Neuzugänge. Vorteile: Erhöhte Suggestionskraft des Arztes durch die Öffentlichkeit — Eltern und Kinder werden gemeinsam verantwortlich — Schuldgefühle, Scham, Furcht, Erniedrigung werden aufgelöst — ... das Interesse der Gesellschaft wird dem Persönlichen übergeordnet. Die Behandlung ist eklektisch und benutzt Behaviourismus, Gestaltspsychologie, verschiedene psychogenetische Schulen und psychiatrische Methoden, ohne dogmatische Bindung.

Die meisten Vorträge der zweiten Gruppe (Reifung) unterstrichen die Bedeutung der Idealbildung für die Entwicklung des reifen Menschen.

Für William Brown-England ist das fundamentale Problem der reifen Persönlichkeit die Sublimierung, das Gegenteil der Regression, die Tendenz der vollen Entwicklung der Person an Stelle des Rückschrittes. Sublimierung bedeutet die Umwandlung primitiver Instinkte in höhere soziale und geistige Ziele. — Gesunde praktische und theoretische Lebensphilosophie, die

biologische und psychologische Notwendigkeiten einander angleicht und zu einem zeitlosen und koordinierten Wertsystem, sowie zu mutigem, geistigem Ausblick führt, ermöglicht den höchsten Grad von Einheit der Person, Kraft und Beständigkeit und bringt wahres Glück.

I. H. van der Hoop-Holland (Analytische und synthetische Prozesse in den verschiedenen Lebensphasen) fragt u. a.: „Gibt es so etwas wie objektive, soziale Ideale? Kann man jungen Leuten zur richtigen Form helfen, ohne ihnen die eigene Meinung aufzuzwingen?" und antwortet: „Objektivität ist hier die Fähigkeit, den Wert verschiedener sozialer Formen und verschiedener Lebensanschauungen zu verstehen." Er fordert hierfür eine „synthetische Psychologie, die den Sinn der verschiedenen idealen Werte beschreibt".

J. M. Rombouts-Holland (Psychotherapie und Entwicklung der Persönlichkeit). Eine gesunde wissenschaftliche Entwicklung der Psychotherapie (als Beeinflussung der Ganzheit: Körper-Seele-Geist) ist nur möglich, wenn

a) die Stellung des Individuums zwischen Vorgeschlecht und Nachkommenschaft, eigenem und anderem Geschlecht ebensogut berücksichtigt wird als

b) die abgesonderte, selbständige Stellung des Individuums. In der zweiten Lebenshälfte soll das Schwergewicht gelegt werden auf das Mögliche, auf Reifung der Einsicht, daß das Ganze mehr ist als das Individuelle.

Repond-Schweiz spricht unter dem Titel „Le Démen de Midi" über die Psychopathologie der vierziger Jahre.

v. Hattingberg-Berlin (Die Liebe als Reifungsvorgang) bespricht die Bedeutung der Liebe einmal als Lebensreiz für die persönliche Entwicklung und zweitens als Formgebung der unvermeidlichen Entwicklungskrise. Die „Entwicklungsliebe" stellt eine der wichtigsten Formen dar, unter denen die Krisen der Bewußtheit beim Menschen des christlichen Westens verlaufen. In diesen Liebeskrisen geht es um geistige Probleme, die in dieser „vitalen Dialektik" an unserem Leibe exerziert werden. Die Fragen, die uns dabei bewegen, lassen sich um zwei Kristallisationspunkte ordnen: um das Problem des Orgasmus (Willensproblematik, Geschlechtsmoral) und das Geschlechterproblem (Polarität des Seins, Vaterrecht-Mutterrecht, äußere Leistung, inneres, reines Sein). Die Tiefe dieser Fragen, welche Freuds Sexualtheorie zudeckt, macht erst die dunkle Mahnung der Geschlechtlichkeit verständlich. Eine so veränderte Auffassung der Sexualität fordert eine Analyse der Sinnlichkeit selbst, die Freud uns schuldig geblieben ist.

Neugarten-Berlin über Psychotherapeutische Wandlungen und religiöse Wiedergeburt. In den analytischen Tiefenwandlungen wie in den reli-

giösen Wiedergeburtserlebnissen wird die Ich-Sphäre durchbrochen, das Bewußtsein erweitert sich in höheren Graden und erreicht in dem religiösen Wiedergeburtsphänomen das kosmische Bewußtsein. — Es ist möglich, auch die psychotherapeutischen Wandlungen geringerer Tiefen wesenhafter zu gestalten, wenn die in den Komplexen sich ausdrückenden Beziehungen nicht nur vom Individuellen her betrachtet, sondern auf Lebensgesetzlichkeiten, denen das Individuelle widerstrebt, bezogen werden.

Zweites Hauptthema — Psychosomatische Probleme. Hier ist vor allem Schultz-Hencke-Deutschland zu erwähnen (Organneurosen). Er bemüht sich um eine Präzisierung der Problemstellung und versucht eine Gruppierung der menschlichen Grundtriebe. Dem Streben nach Besitz, Geltung, Liebe entsprechen die drei klassischen Forderungen Armut, Gehorsam, Keuschheit.

Pollak-Tschechoslowakei (Zur Hysteriefrage) stellt der biologischen und psychologischen Betrachtungsweise hysterischer Syndrome eine hirnpathologische Richtung gegenüber.

Wittkower-England brachte Persönlichkeitsstudien der ulzerativen Kolitis.

Stokvis-Holland (Die Bedeutung der Psychotherapie bei Kreislaufkranken). Psychische Faktoren spielen bei dem Entstehen der essentiellen Hypertension eine große Rolle. Mittels der sog. „aktiven Relaxation" einer Modifikation der Hypnotherapie können nach 18 Sitzungen Veränderungen erzielt werden, die auch objektiv (Blutdrucksenkungen für die Dauer von 6—8 Wochen) tensographisch kontrolliert werden können. Die subjektiven Erscheinungen bleiben für eine Zeitspanne von ca. 6 Monaten bis zu zwei Jahren verringert.

A. T. M. Wilson-England (Hämatemesis) berichtet über 58 Fälle, unter denen bei 47 dem Bluterbrechen Ereignisse vorangegangen sind, die ihrer Natur nach eine starke emotionelle Reaktion verständlich machten. — Die Auswahl der Magenfunktion als Kanal, durch welchen in Fällen von Magenbluten und -geschwür die Spannung dieser und anderer reaktivierter Konflikte teilweise entladen wird, ist möglicherweise verursacht durch ähnliche Spannungen in sehr frühen Entwicklungsphasen; diese machen persönlichkeitstypische Körperreaktionen bei Gemütserregungen verständlich.

D. Annau-Jugoslawien (Psychotherapeutische Möglichkeiten bei organischen Nervenkrankheiten), zeigt an dem Beispiel von zwei Fällen von schweren organischen Lähmungszuständen, daß es möglich ist, durch Psychotherapie bedeutende Leistungssteigerungen zu erreichen.

Clifford Allen-England (Die Beziehung der Psyche zu den endokrinen Drüsen) vertritt die Ansicht, daß alle hypersekretorischen endokrinen Stö-

rungen, bei denen keine neoplastische Erkrankung besteht, psychogenen Ursprungs sind und daß viele der Erkrankungen, bei denen eine Verminderung der Drüsenfunktion besteht, einen ähnlichen Ursprung haben.

Daneben wurden noch einige Vorträge über Themen gehalten, die außerhalb der Hauptthemen lagen. (F. Völgyesi-Ungarn: über Lampenfieber und andere Berufsneurosen, Reistrup-Dänemark: Spiritualistische Phänomene und Neurosen, Karin Stephen-England: Gefahrensituationen als Ursachen von Angst.)

Die Diskussion der Referate und Vorträge war weder sehr lebhaft noch sehr ergiebig, obwohl ausreichend Zeit zur Verfügung stand. Der Kongreß schloß damit, daß der Vorsitzende, Professor C. G. Jung, Fragen beantwortete, die an ihn gestellt worden waren.

v. Hattingberg-Berlin.

PROTOKOLL DER DELEGIERTENVERSAMMLUNG DER INTERNATIONALEN ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

anläßlich des
X. Internationalen ärztlichen Kongresses für Psychotherapie
in Oxford
am 31. Juli 1938, 15,30 Uhr, in Balliol College

Präsenzliste

(Namen der Vorsitzenden der einzelnen Landesgruppen in folgender Reihenfolge: Dänemark, Deutschland, England, Holland, Schweden, Schweiz. Dahinter in Klammer die Anzahl der anwesenden Delegierten.) Lunding (i. V. Brüel) (3), Göring (6), Strauß (6), van der Hoop (5) Bjerre (4), Jung (2).

Traktandum 1

Aufnahme der englischen Landesgruppe

Jung teilt mit, daß sich aus Anlaß des Oxforder Kongresses bereits eine englische Landesgruppe unserer Gesellschaft konstituiert hat mit über 150 Mitgliedern unter dem Präsidium von Strauß. Die englischen Delegierten werden unter herzlicher Akklamation begrüßt und die neugegründete Landesgruppe in unsere Gesellschaft aufgenommen.

Völgyesi und Wile werden als Vertreter der Donaustaaten und der USA begrüßt.

Traktandum 2

Jahresrechnung und Jahresbeiträge. Geschäftsführung

Meier legt die Abrechnung der Internationalen Gesellschaft vor, welche genehmigt wird. Auf seine Anregung wird der in Kopenhagen beschlossene temporäre Zusatz zu Art. 5 der Statuten der Internationalen Gesellschaft (cf. Traktandum 3 des Protokolls der Kopenhagener Delegiertenversammlung) auf ein weiteres Geschäftsjahr in seiner Gültigkeit verlängert mit der Änderung, daß der Bruchteil des Mitgliederbeitrages für die Landesgruppen, welcher der internationalen Kasse zufließen soll, auf den Betrag von 2 Schweizer Franken pro Mitglied festgelegt wird.

Die Vorsitzenden der Landesgruppen übernehmen die Verpflichtung, ihre Kassiere anzuhalten, daß die Beträge an den Generalsekretär einbezahlt werden.

Der Generalsekretär ersucht die Vorsitzenden der Landesgruppen um Zusendung der Liste ihrer Delegierten mit Adressen.

Weiterhin erinnert er an die Verpflichtung der Landesgruppen, halbjährliche Berichte über ihre Tätigkeit abzugeben (Traktandum 4 des Kopenhagener Protokolles) und bittet die Vorsitzenden auch, dafür Sorge zu tragen, daß die Termine eingehalten werden.

Traktandum 3

Hauptthemen des nächsten, XI. Kongresses

Nachdem zunächst eine äußerst angeregte Diskussion stattgefunden hatte über Themen wie: Psychotherapie und Psychiatrie, Indikationen und Grenzen der Psychotherapie, Psychotherapie und Somatotherapie, einigt man sich allgemein dahin, daß am nächsten Kongreß womöglich nur die wissenschaftlichen und praktischen Grundfragen der Psychotherapie behandelt werden sollten. Es sei für die Entwicklung, Anerkennung und den Fortschritt der Psychotherapie ausschlaggebend, daß man sich zunächst im eigenen Hause klar werde und einige. Aus diesem Grunde werden zwei Vorschläge als wegleitend angenommen für den XI. Kongreß:

1. Vorschlag Baynes: How and why Psychotherapy cures? und
2. Vorschlag Strauß: Questions arising about the 14 points.

Baynes schlägt vor, daß die verschiedenen Gruppen und Schulen die erste Frage vom theoretischen und praktischen Gesichtspunkt diskutieren sollten. Strauß wünscht, daß die von Jung in seiner Presidential Address ausge-

führten 14 Punkte der Schweizerischen Psychotherapie-Kommission im Sinne einer gemeinsamen Basis diskutiert, spezifiert und ausgebaut werden sollten.

Traktandum 4

Ort und Zeit des nächsten Kongresses

Jung erklärt, daß die Diskussion dieser Frage verfrüht sei, da keinerlei Vorberatungen möglich waren, bevor die englische Gruppe in die Gesellschaft aufgenommen war. Die Diskussion führt zum Beschluß, daß man diese Frage späterhin auf schriftlichem Wege lösen müsse, wofür dem Vorsitzenden unter Akklamation das allseitige Vertrauen ausgesprochen wird.

Traktandum 5

Gründung neuer Landesgruppen

Der Präsident fragt Ira Wile (USA.) um die Möglichkeit und seinen Rat für die Gründung einer amerikanischen Landesgruppe. Wile hält die Möglichkeit für durchaus gegeben und verspricht die Vorarbeiten zu übernehmen, was mit lebhaftem Beifall begrüßt und verdankt wird.

Völgyesi (Ungarn) will die Aufgabe übernehmen, die Psychotherapeuten in Ungarn, der Tschecholsowakei und den Balkanländern zur Bildung von Landesgruppen aufzufordern. Seine Bemühung wird lebhaft begrüßt und verdankt. Er ersucht den Generalsekretär, ihm alle ihm bekannten diesbezüglichen Adressen zukommen zu lassen.

Traktandum 6

Wahl des Vorstandes

Der bisherige Vorstand sowie der Präsident werden auf eine weitere Amtsdauer einstimmig bestätigt.

Auszug aus dem Protokoll der Vorstandssitzung am 1. August 1938, 4 p.m. in Balliol College, Oxford.

Zum Vizepräsidenten wird einstimmig Crichton-Miller gewählt.
Zum Generalsekretär wird einstimmig C. A. Meier wiedergewählt.

Küsnacht und Zürich, den 23. Oktober 1938.

Der Vorsitzende.
C. G. Jung.

Der Generalsekretär.
C. A. Meier.

WISSENSCHAFTLICHE AUFSÄTZE

G. H. GRABER:

DIE WIDERSTANDSANALYSE UND IHRE THERAPEUTISCHEN ERGEBNISSE [1])

Den Bemühungen, Ihnen eine befriedigende Bearbeitung des gestellten Themas zu bieten, stellen sich erhebliche Schwierigkeiten entgegen: Einmal erwarten Sie eine zusammenfassende Darstellung der Theorie des Verfahrens, die heute, gegenüber jener Zeit vor bald dreißig Jahren, als der Begründer der Lehre erste Ratschläge für die Technik erteilte, eine vielseitige Differenzierung erfuhr. Zum andern ist Ihr Interesse auf praktische Ziele, also wohl auch auf Mitteilungen über persönliche Erfahrungen und auf Resultate, gerichtet. Erleichtert wird mir die Aufgabe dadurch, daß ihr eigentlicher Zweck der der Anregung zur Aussprache sein soll, ich mich deshalb auf Grundsätzliches beschränken, und die Mitteilungen über subjektive Erfahrungen mehr für Diskussionsbemerkungen aufsparen kann.

Ähnlich wie die Psychotherapie um die Jahrhundertwende eine Entwicklung vom Suggestions- und Hypnoseverfahren zur Katharsis und schließlich zur Psychoanalyse durchschritt, machte letztere im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte in der Technik eine Wandlung von der Analyse der Symptome zu jener der Komplexe und schließlich des Widerstandes durch, d. h. die Deutungsarbeit fand ihr größtes Angriffsfeld nach und nach nicht mehr in der Symbolzurückführung oder im Aufdecken verdrängter Inhalte, sondern im Bewußtmachen unbewußter Widerstände. Und da die Übertragung stets zur stärksten Wehrmauer und Waffe des Widerstandes wird, rückte sie und ihre Deutung notwendig in den Vordergrund des technischen Interesses.

Ich halte für wesentlich, zum Verständnis dessen, was wir heute unter Widerstandsanalyse verstehen, daß einige Einblicke in die erwähnte Entwicklung bestehen: Sie wurde vor 25 Jahren durch Freuds Beiträge zur Technik aus den Jahren 1912—1914 eingeleitet und in ihren Zielen abgesteckt. Er sagt

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Stuttgarter Arbeitsgruppe des „Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie“ am 5. November 1937.

unter anderem: „Endlich hat sich die konsequente heutige Technik herausgebildet, bei welcher der Arzt auf die Einstellung eines bestimmten Moments oder Problems verzichtet, sich damit begnügt, die jeweilige psychische Oberfläche des Analysierten zu studieren und die Deutungskunst wesentlich dazu benützt, um die an dieser hervortretenden Widerstände zu erkennen und dem Kranken bewußt zu machen. Es stellt sich dann eine neue Art von Arbeitsteilung her: der Arzt deckt die dem Kranken unbekannten Widerstände auf; sind diese erst bewältigt, so erzählt der Kranke oft ohne alle Mühe die vergessenen Situationen und Zusammenhänge."

Wenn also die Widerstandsanalyse heute im Brennpunkt unseres Blickfeldes steht, dann gruppieren sich die Fragen, die sich uns aufdrängen, um sie:

1. Was sind Widerstände?
2. Wie analysieren wir Widerstände?
3. In welcher Beziehung steht die Widerstandsanalyse zu andern analytischen Verfahren?
4. Welches sind die therapeutischen Ergebnisse, die wir von der Widerstandsanalyse erwarten?

Vorerst müssen wir uns als Therapeuten immer wieder vergegenwärtigen, daß der Patient stets unter dem Druck eines Widerstandes steht. Seine Gesundheit müßte den Grad der Vollkommenheit erreicht haben, wenn dies nicht mehr der Fall sein sollte. Wir halten uns jedoch daran, Phasen, in denen das Material, als Wiedererinnerungen aus der frühkindlichen Amnesie aufsteigend, mit dem dem Vorstellungsinhalt adäquaten Gefühlsgehalt, geäußert wird, als relativ widerstandsfrei zu bezeichnen, während Phasen des Stockens und Schweigens und des bloßen Agierens und Wiederholens (wobei allerdings zu beachten bleibt, daß auch das Schweigen ein Agieren ist) als ausgesprochen unter einem Widerstand stehend bezeichnen. Im allgemeinen sind Widerstände dem Patienten nicht bewußt. Er weiß vielleicht in seltenen Fällen, daß er sein neurotisches oder infantiles Verhalten wiederholt und agiert, aber er weiß nicht warum er es tut und auch kaum je was er dabei tut. Damit ist eigentlich auch schon der Kern aller Widerstände erkannt: Der unbewußte Wiederholungszwang. Wir haben gelernt, die im infantilen Erleben erworbene Neurose in der Analyse in eine Übertragungsneurose zu verwandeln und dem Patienten zu verhelfen, hier endlich einen andern Ausgang in der Objektbezogenheit zu erleben, als wie er ihn bisher stets erlebte: Sein Ur-Ich, sein Selbst, sein Wesenhaftes soll aus der Umklammerung befreit werden. Aus unbewußtem Zwang war er im Leben immerfort bestrebt,

diesen andern Ausgang — nämlich den ohne Enttäuschung — zu suchen, war dabei aber doch unfähig, das Resultat zu schaffen — und zwar wieder aus unbewußtem Zwang: Etwas in ihm — die Psychoanalyse nennt es die Instanzen des Über-Ichs und des Ichs — verbot den glücklichen Ausgang. Man könnte deshalb mit ebensoviel Recht sagen: Der Neurotiker sucht unter dem Wiederholungszwang immer wieder unbewußt die Enttäuschung am Objekt. Aber ich möchte diesem Vorgang doch nur reaktiven Charakter zubilligen, denn zutiefst will jeder Mensch glücklich werden in der Beziehung zu andern Menschen, auch der Misanthrop, denn einmal in der frühesten und engsten Beziehung zur Mutter war es jeder.

Man könnte in diesem Zusammenhang drei Haupttypen von Neurotikern unterscheiden: 1. den Einsamen, der jede neue Beziehung scheut und ablehnt, 2. den „Zweisamen", der an ein bestimmtes Objekt fixiert ist und wenn auch relativ unglücklich, diese Verbindung doch als einen Schutz vor dem Zwang nach neuen Beziehungen und Enttäuschungen erlebt, 3. den „Vielsamen", der sich immer kleine Teilerfolge und neue Enttäuschungen in immer neuen Objektbeziehungen sichert.

Dazu gibt es Mischtypen. Sie alle agieren bei der Behandlung ihr gewohntes Verhalten in der Übertragung und zwar mit den verschiedensten Mitteln offener und verborgener Widerstandstaktik.

Welches sind nun diese Mittel? oder mit anderen Worten: Woran erkennen wir Widerstände? Sie sind ein unter dem unbewußten Wiederholungszwang stehendes und früh in der Kindheit erworbenes, reaktives, der Um- und Mitwelt schlecht oder inadäquat angepaßtes Verhalten. Ich möchte Sie einladen, den Begriff „inadäquates Verhalten" im weitesten Sinn aufzufassen, also auch jede Art psychogen erworbenes Symptom, mit anderen Worten, jedes psychisch bedingte Kranksein darunter zu verstehen und andererseits mir auch darin zu folgen, wenn ich z. B. ein Widerstandsverhalten — wie etwa eine Tendenz zur Skotomisation, d. h. einen unbewußten (auch oft ganz bewußten) Zwang zum Nichtwahrnehmenkönnen (oder -wollen) — als ein Krankheitssymptom, als ein Kranksein, auffasse und in der Analyse als das behandle. Wenn also die Entwicklung von der Symptom- und Komplexanalyse zur Widerstandsanalyse schritt, so durchschritt sie damit nur einen Weg, den die Medizin in den letzten Jahrzehnten allgemein ging — ich erinnere nur an die Bestrebungen eines Hans Much — nämlich von der Behandlung der Krankheit zur Behandlung des Kranken, d. h. seiner Gesamtpersönlichkeit — und sogar noch weitergehend: zur Berücksichtigung ihrer In- und Umwelt bis zurück in früheste Kindheit. Ja, ich wage wenigstens die Frage aufzu-

werfen, ob nicht überhaupt die Tiefenpsychologie die beschriebene Wendung in der Medizin, die heute für uns in Deutschland mit besonderer Durchschlagskraft maßgebend geworden ist, eingeleitet und entwickelt hat.

Es ist in letzter Zeit in der einschlägigen Literatur viel die Rede von Abwehrmechanismen. Man versteht darunter vor allem Methoden der Trieb- und Affektabwehr. Diese Abwehr kann in der Analyse zum Widerstand gegen die Behandlung und gegen die Person des Analytikers werden, insofern letztere eben eine Lockerung der Abwehr erzeugen, eine Lockerung, die das Ich nicht akzeptieren kann. Zu diesen Ich-Widerständen kommen jene, die vom Wiederholungszwang, also mehr aus der Sphäre des Über-Ichs, ausgehen. Aber beide zeigen große Verwandtschaft, indem der Widerstand aus dem Wiederholungszwang ja nur das festzuhalten versucht, was einmal als Abwehrmechanismus scheinbar zweckdienlich, d. h. Gefahr-, Unlust- oder Angstvermeidung ermöglichte.

Als einen ersten solchen dauernd wirksamen Abwehrmechanismus hat man früh schon die Symptombildung erkannt. Das Symptom setzt sich wie ein Abwehrmechanismus der Behandlung als Widerstand gegenüber. Es ist nur einer von vielen, die aufzulösen sind und ist gerade derjenige, der meist und zweckmäßig erst am Schluß der Behandlung zu beheben ist.

Ein verwandter, ebenfalls wie erstarrter und stereotyper Widerstand ist die Charakterpanzerung, die allen Bemühungen der Behandlung zu trotzen scheint. Sie ist oft der Ausdruck einer höhnisch-spöttischen Überlegenheit, hinter der sich aber die Armut an echtem Gefühls- und Triebleben verbirgt. Bei solchen Fällen ist es meist notwendig, vorerst diese Panzerung zu analysieren, um den Zugang zum lebendigen Affekterleben des Ichs zu finden.

Analyse des Symptoms und der Charakterpanzerung liegen trotz der großen Verwandtschaft ihrer Abwehrtaktik am weitesten auseinander als ältestes und jüngstes Verfahren, doch nicht so, daß eines das andere ersetzt hätte, denn wahrscheinlich wird jede Charakteranalyse schließlich einmal auch auf das Symptom stoßen müssen.

Von den übrigen, mehr speziellen Formen der vom Ich ausgehenden Abwehr, die uns als Widerstand begegnen, treten am stärksten hervor: Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Skotomisation, Projektion, Identifizierung, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil.

Sie alle machen in ihrer Gesamtheit des Zusammenwirkens die neurotische Persönlichkeit aus und werden von ihr, je nach der Gefahrsituation einzeln oder in Gruppen als Vorposten, Hauptmacht oder Nachhut verwendet.

Ich kann, trotzdem es mir notwendig erschiene, Sie leider nicht durch Beispiele mit dem Charakter und den Leistungen der einzelnen Mechanismen bekannt machen, es würde den Rahmen meiner einführenden Darstellung sprengen.

2. Wie analysieren wir Widerstände? (Das Märchen von Hänsel und Gretel.)

Man kann wohl Theorien darüber aufstellen, wie man Widerstände analysieren soll, aber sie sind lediglich schwache Krücken, auf die wir uns in der Praxis sehr wenig stützen können. Das umfassendste Wissen um Technik ersetzt nie das lebendige, intuitive Verständnis, das die Persönlichkeit des Analytikers besitzen muß. Als vor zwanzig Jahren die große Wendung zur Widerstandsanalyse kam, da entdeckte man gleichzeitig wie schwer es ist, den Kranken in seiner Ganzheit — also auch in seinen, der Behandlung widerstrebenden Teilen — zu behandeln und wie nötig es wurde, daß der Analytiker selbst gründlich analysiert ist, d. h. selbst nicht durch eigene Abwehr, Affektivität und Widerstandmechanismen aus dem Gleichgewicht gebracht wird, selbst nicht in der Gegenübertragung — im Sinne des Wiederholungszwanges — zum „Partner" oder Gegenspieler wird, sondern stets und in jeder Lage befähigt ist, ein freundlicher und verständnisvoller Analytiker zu sein. Soweit man die analytische Literatur verfolgen kann — wenn auch Auffassungen der Technik divergieren —, darin sind sich alle Analytiker einig, daß diese Fähigkeit A und O der Behandlung ist. Ich stimme der englischen Kollegin Searl zu, wenn sie jüngst in ihrer ausgezeichneten Arbeit über „die Problematik der technischen Prinzipien" dies als den „eigentlichen Kernpunkt der Analyse" bezeichnete [1]).

Lassen Sie mich das Wie einer richtig geführten Analyse (also einer Widerstandsanalyse) an dem seltsam anmutenden Beispiel eines Märchens schildern. Vielleicht fragen Sie sich, wie kann man uns Märchen erzählen, wo es sich um den Einblick in ein psychotherapeutisches Verfahren handeln sollte? Nun, Sie wissen, Märchen sind uraltes Volksgut, sind der dichterische Ausdruck dessen, was vielleicht C. G. Jung als das kollektive Unbewußte bezeichnet, also ein Stoff, der uns bekannt ist und der zugleich im Unbewußten von uns allen spukt, vor allem aber dasjenige der Neurotiker, unserer Patienten, erfüllt. Unser aller Schicksal spiegelt sich im Märchen wieder.

---

1) Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XXIII, S. 133—155.

Ich wähle das Märchen von Hänsel und Gretel, ein Stoff, in dem die urtümlichsten Probleme, vor allem munderotischer Gegebenheiten, wie nichts mehr zu essen haben, verstoßen sein und gefressen werden auf glückbringende Weise gelöst werden. Das Märchen mutet uns also an wie eine geglückte Analyse, wie ein geglückter Heilungsprozeß. Gerade Hänsel und Gretel eignet sich zu dem Vergleich in besonderem Maße, weil in ihm die Rolle des „Helfers“ hervortritt.

Die Eltern hungern, und auf Vorschlag der bösen Stiefmutter sollen die Kinder verstoßen und im tiefen Wald ausgesetzt werden. Das Trauma wird durch Geschick und Schlauheit Hänsels überstanden, die Kinder finden wieder heim, werden neuerdings verstoßen und nun sind sie endgültig verlassen, heimatlos, einsam und ohne Nahrung. Sie suchen den Weg nach Hause.

Der Mensch, der die Analyse aufsucht, befindet sich eigentlich immer in derselben Lage: Er sucht den Weg nach Hause. Wir stoßen früher oder später bei jedem Patienten auf dessen Familienroman, d. h. auf seine Vorstellungen als Kind, die beinhalten: Ich bin nicht das Kind dieser Eltern, sie haben mich sicher gestohlen, gefunden, gekauft — denn Eltern, die so böse und ungerecht sind, können nicht die wirklichen sein. Die wirklichen Eltern haben mich zwar vielleicht auch verstoßen, aber vielleicht sind sie doch an meinem Unglück schuldlos.

Wie oft hören wir in unseren Behandlungen, daß die Patienten, als sie noch Kinder waren, von ihren Eltern wie „verstoßen“ wurden, wenn sie unartig waren, etwa mit den Worten: „Geh du nur, wo du hergekommen bist, ich will dich gar nicht mehr sehen!“ Oder: „Ich weiß gar nicht, wem du nachschlägst, deinen Eltern jedenfalls nicht. Man könnte meinen, du wärest ein Zigeuner- oder Findelkind!“ Dazu kommt die immer noch weitverbreitete Verlogenheit der Eltern in der Beantwortung der Frage des Kindes: Wie bin ich auf die Welt gekommen? Vorkommnisse, die das Vertrauen in die Wahrhaftigkeit und Güte der Eltern erschüttern und nun ihrerseits — wie den Hänsel — zu List und Lüge gegen die Erzieher und später gegen die Mitwelt überhaupt zwingen. Ich meine nicht, daß die erwähnten Erschütterungen etwa allein neurosebildend wären, sie geben bloß einen guten Widerschein der neurotischen Haltung.

Wie Hänsel und Gretel, so sucht der Mensch — und besonders der neurotische — von seinem unbewußten Wiederholungszwang geleitet, immer wieder den verlorenen Weg nach Hause, sucht die guten Eltern, vielleicht die gute Mutter. Er irrt heimatlos durchs Leben und gerät, wie die Märchenkinder, „immer tiefer in den Wald“, immer weiter weg vom Ziel, und seine Leiden werden größer, er „hungert“ immer mehr, ... „und wenn nicht bald

Hilfe kam", heißt es im Märchen, „so mußten sie verschmachten". Für Hänsel und Gretel kam sie im „schönen, schneeweißen Vögelein", das so schön sang, daß sie stehen blieben und ihm zuhörten, seinem Gesang und Flug folgten, bis sie schließlich an das Häuschen von Brot und Kuchen kamen, auf dessen Dach es sich setzte. Und die Kinder erlabten sich an den köstlichen Leckerbissen.

Der Analytiker erscheint dem Patienten fast regelmäßig am Anfang der Behandlung wie das „schneeweiße Vögelein", wie eine ans Wunder grenzende Hilfe, wie ein Zauberer, ein Gott. In der positiven Übertragung, deren Dauer je nach der Individualität von Patient und Arzt Stunden, Tage, Wochen, Monate, ja Jahre anhalten und sich steigern kann, ist es so, daß der Hilfesuchende auf dem Höhepunkt dieser Periode seine Bestrebungen des Ehrgeizes, der Macht und der Liebe von der Mitwelt weitgehend abgezogen und auf die Person des Analytikers verschoben hat und hier, in der Identifizierung mit ihm, wie Hänsel und Gretel, Stillung des Hungers erfährt, des Hungers nach Macht und Liebe. Wir verstehen, was hier geschehen ist: Die Imago der guten Eltern, wie sie im Unbewußten seit frühester Kindheit lebte, ist in einem wirklichen Objekt auferstanden, freilich vorläufig mit einer Beimischung von Selbsttäuschung, denn eines Tages wird das ganze Mißtrauen, das einst gegen die Eltern und später gegen die Mitwelt vorhanden war und zu dem inadäquaten, d. h. neurotischen Verhalten zwang, auch auf den Analytiker übergreifen; dann etwa, wenn er gezwungen ist, auf Forderungen und Wünsche, die den Rahmen der Behandlungssituation sprengen würde, mit Versagungen zu antworten. Die Reaktionen auf diese Versagungen werden stets dieselben sein, die dereinst bei Versagungen in der Kindheit erworben wurden. Wir kennen sie als die Abwehrmechanismen, die ich Ihnen aufzählte und die sich in der Behandlung nun als Widerstände offenbaren.

Der Analytiker, vordem das „schneeweiße Vögelein", wird nun zur „Hexe". Es setzt damit die negative Übertragung ein. Der Patient fühlt sich betrogen, wie die Märchenkinder ins Lebkuchenhäuschen gelockt, fühlt sich wie jene hier „wie im Himmel" und entdeckt plötzlich, daß er „gefressen werden" soll, mit anderen Worten, daß das stets gefürchtete grauenvolle Erleben in der Katastrophe endigen soll. Nur geschicktester Handhabung der Technik der Analyse — die gerade an dieser Stelle mit Sicherheit dann versagen muß, wenn der Analytiker nicht selbst gründlich analysiert ist — gelingt es, um die Klippen herumzukommen. Der Patient wird alle Register von Widerständen in Form von Vorwürfen, Drohungen, Herabsetzungen, Beschimpfungen, Verhöhnungen, Spott und Wutanfällen ziehen und damit den

Analytiker besiegen, kleinkriegen, oder aber zum Gegenspieler zwingen wollen. Nur wenn es letzterem gelingt, alle diese Attacken, die wiederum Stunden, Wochen, Monate dauern können, mit völligem Gleichmut, ja mit erhöhter Geduld, Freundlichkeit, Wohlwollen und Verständnis zu begegnen, nur dann ist es möglich, den Kampf zu gewinnen. Würde jedoch der Analytiker reagieren wie eine frühere Erziehergestalt, mit Zurückweisung der — meist sogar ungerechten — Vorwürfe oder mit Selbstverteidigung, mit schulmeisterlicher Belehrung eines Besseren oder auch nur mit hartnäckigem Schweigen — so würde der Patient sich dauernd mißverstanden fühlen wie als Kind, würde in diesem Verhalten die „Hexe" erkennen und würde schließlich endgültig die Behandlung als neues Glied in der Kette der ewig sich wiederholenden Enttäuschungen erleben, würde das Vertrauen verlieren und wegbleiben müssen. Aber auch trotz eines richtigen Verhaltens des Analytikers kann es vorkommen, daß der Patient sich mit seinen Aggressionen nicht herauswagt und vor der vermeinten oder in den Analytiker projizierten „Hexe" die Flucht ergreift und wegbleibt.

Die Flucht vor der „Hexe" ist jedoch keine Rettung, denn der Patient schleppt das Ungeheuer als Ballast, als Bestand seiner seelischen Struktur im Über-Ich, mit. Die „Hexe" muß wie im Märchen verbrannt werden und der Analytiker — vom Analysanden als Hexe erlebt — muß es fertig bringen, statt etwa sich zu verteidigen, weil er „verbrannt", „erledigt" werden soll, daß er dem Patienten in seinem Verzweiflungskampf behilflich sein kann, die Hexe zu verbrennen. Er wird also passiv die ihm zugeordnete Rolle und das Schicksal der Hexe (böse Mutter, böser Vater) hinnehmen und gleichzeitig zum Gretel werden, das dem gefangenen Hänsel — in unserem Fall dem Patienten — hilft, der Schwierigkeiten Herr zu werden. Auf diese Weise wächst das Vertrauen in die Zusammenarbeit, die eine wirkliche Erledigung der aus der infantilen Situation verbliebenen Ängste und Abwehrhaltungen — kurz der Neurose — ermöglichen soll. Damit, daß wir dem Patienten zu verstehen geben, daß wir seine Schwierigkeiten und auch deren Ursachen kennen, daß wir ihm zeigen können, warum er sie bisher im Wiederholungszwang nicht überwinden konnte, schaffen wir in ihm auch das Bedürfnis nach einem neuen, bisher kaum beschrittenen, seit frühester Kindheit verlassenen Weg. Wir haben nicht nötig, ihm diesen Weg zu weisen, ihm Zielsetzungen zu geben oder nach der Analyse eine Synthese zu schaffen, wie man es immer wieder in Verkennung der Dynamik des Seelenlebens fordert — wir sind nur Helfer im Beseitigen von Schwierigkeiten, die den Weg versperren. Sind sie beseitigt, findet der Patient — wie Hänsel und Gretel — den richtigen Weg von selbst. Wir haben nur zu helfen, das Vertrauen und die Fähigkeit für ein Gehen ohne die Krücken der Neurose wieder zu erlangen

— Gangart, Tempo und Weg entsprechen dann der restituierten Individualität, sind nichts eigentlich Neues, sondern das, was dem nun unbehinderten, von Anfang an vorhanden gewesenen Bestreben des Unbewußten, oder besser des Ur-Ichs, des Selbst entspricht. Es stellt also eine geglückte Analyse nur die Integrität des Seelenlebens wieder her.

Die Beantwortung der Frage, „wie analysieren wir Widerstände?“, hat am Beispiel des Märchens eine schematische Skizzierung erfahren, wie sie die Praxis kaum aufweist, denn positive und negative Übertragung sind hier nicht so scharf getrennt, beide treten im allgemeinen von Anfang an auf, wenn es auch Tatsache bleibt, daß die positive zuerst meist stärker sich äußert. Es wird also immer notwendig sein, schon von Anfang an Schwierigkeiten zu erkennen und den Patienten zu befähigen, ihnen zu begegnen und sie zu überwinden. Diese Fähigkeit zu steigern und nicht etwa sie zu schwächen durch falsche oder überflüssige Hilfen, wie suggestive Ermutigung, Beruhigung, Gefälligkeiten, Parteinahme für ihn gegen andere usw. muß unser Ziel sein. Ganz verwerflich wäre natürlich, aus Gefälligkeit, Mitleid oder Ängstlichkeit dem Patienten Widerstände und Schwierigkeiten zu bagatellisieren oder zu verbergen.

Das Erkennen der Schwierigkeiten wird uns erleichtert, wenn es unserer Intuition sehr bald — möglichst schon nach den ersten Sitzungen — gelingt, seine seelische Struktur, Charakterart und Widerstandstaktik, kurz den Abwehrtyp zu durchschauen. Wir gewinnen damit sofort einen Kompaß für die Wegrichtung, die wir einschlagen müssen. Vor allem laufen wir dabei nicht Gefahr, eine Art schleichende positive Übertragung zu züchten, die schließlich in ein blindes, fast hypnoides Verfallensein des Patienten ausartet, so daß eines Tages schockartig die latent verbliebene, unangetastete negative Übertragung hervorbricht, vielleicht mit einer Wucht, die gelegentlich die Tragfähigkeit der vorherigen unechten positiven Beziehung übersteigt und zum Abbruch der Behandlung, wenn nicht zu schlimmerem führt.

Hätte sich Hänsel im Märchen allein der Magie des „weißen Vögeleins“ anvertraut, er wäre wohl verloren gewesen. Aber er war da schon durch das Gretel geschützt, das ihn wie eine echte Imago, eine echte Übertragungsbeziehung begleitete und schließlich aus dem Schreckerlebnis mit der Hexe errettete.

Lassen Sie mich nun kurz über einen Fall mit ungewöhnlich hartnäckigem und starrem Widerstande berichten, dessen Analyse trotz Struktureinsicht, trotz aller Bemühungen, sie in Gang zu bringen, die ungewöhnlich lange Zeit von beinahe zwei Jahren wie ein Leerlauf anmutete, um schließlich doch noch die entscheidende Wendung zur Heilung des Patienten zu finden.

Es handelt sich um einen jungen, gutaussehenden Assistenzarzt, der mir von seinem Chef zur Behandlung überwiesen wurde, weil er ihn, wie übrigens auch sein früherer Vorgesetzter, beruflich für völlig untauglich hielt, ihn ohne wesentliche Besserung entlassen und damit ihm wohl seine ärztliche Laufbahn für immer zunichte machen müßte. Er sei völlig beziehungs- und kontaktlos, stehe traumverloren als dauerndes Hemmnis depressiv herum und fange bei jeder Anweisung oder Vorhaltung zu weinen an. Es müsse auch sonst, besonders in sexueller Hinsicht wohl manches nicht in Ordnung sein mit ihm, da er jegliche Gesellschaft meide.

Ich lernte den Patienten als einen affektiv völlig koartierten Menschen kennen, für den der Begriff des „lebenden Leichnams" der zutreffendste war. Schwerste zwangsneurotische Charakterzüge grausamster Pedanterie in Dingen der Ordnung, Sauberkeit, Pünktlichkeit und Sparsamkeit umklammerten seine gesamten Strebungen und hemmten ihn überall. Er war deshalb zu völliger Passivität verurteilt, apathisch, berufs- und lebensmüde, mit schwersten Schuldgefühlen behaftet, asketisch und masochistisch bis zu selbstquälerischen Akten, bei denen er sich an den Haaren riß, sich mit Fäusten schlug, sich brannte, schnitt, stach usw., so daß er gelegentlich das Bett hüten mußte. Neben paranoid anmutenden religiösen Ideen litt er an einem starken Schreibkrampf, Schlafstörungen und als zentralstes Symptom — von ihm nach seinen Aussagen bisher gar nicht erkannt — stellten wir bald eine völlige Impotenz mit psychogener Aspermie fest. Trotz seines Berufs und seiner 27 Jahre war er über Sexualfunktionen wenig aufgeklärt. Daß bei seinen qualvoll krampfhaften onanistischen Versuchen wohl Erektionen, aber nie eine Ejakulation erfolgte, störte ihn bewußt wenig, und über die Beziehung zur Frau wähnte er, daß sich das einmal mit der Heirat von selbst gebe. Er lebte aber wie in einer entrückten Welt. Bisher hatte er nicht einmal einen Kuß gewechselt. Er besaß zwar seit einiger Zeit eine Geliebte, eine „Sylphide", die im Ausland — man könnte ebensogut sagen, in den Sternen — lebte. Er hatte sie vor Jahren einmal im Seebad gesehen. Aber die Fernbeziehung zu ihr entband ihn der Sorge, sich real einer Frau nähern zu müssen und täuschte ihm die große Liebe eines Helden wie Tristan vor.

Es wurde in der Behandlung sehr bald klar, daß die Abwehr gegen die Frau im Grunde einer ursprünglichen Einstellung zur Mutter entsprach. Als Junge war der Patient bis zur Schulzeit starker Kotschmierer und bis nach der Pubertät Bettnässer. Die Erinnerung an die Mutter erschöpfte sich in den Vorstellungen einer gereizten, rechthaberischen bis zänkischen Frau, die ihn dauernd zurechtwies und wegen seines Schmierens und Bettnässens tadelte und auch vor anderen bloßstellte. Er lehnte sie schon frühzeitig ab, mit der

Begründung, sie hätte immer furchtbar gerochen, und zudem war sie ihm seit der Geburt des drei Jahre jüngeren Bruders unheimlich. Er meint, er hätte sie damals schreien hören, dann schrie der Kleine, und als er selbst schließlich ins Zimmer treten durfte, lag da blutige Watte herum. Der Vater, der Frauenarzt war und in dessen Sprechzimmer er gelegentlich ebenfalls blutige Watte sah, mußte freilich auch irgendwie damit zu tun haben. Von dieser Zeit an drang er häufig nachts ins Schlafzimmer der Eltern, so, als ob er über etwas Aufschluß suchte. Er schloß nun seltsamerweise enge Freundschaft mit dem Vater, gebärdete sich immer mehr wie ein Mädchen, begleitete ihn auf seinen Praxis- und Spaziergängen und blieb bis Ende der Analyse mit starker latent passiv-homoerotischer Liebe an ihn gebunden, einer Liebe, die allerdings deutlich den Charakter der zwanghaften Reaktionsbildung trug, denn eigentlich *mußte* er den Vater begleiten, damit dieser nicht unter ein Auto komme, damit er nicht stürze oder überfallen werde. Einmal fiel er dabei selber und kam beinahe unter ein Auto. Wünsche nach Bestraftwerden und tätliche Selbstbestrafungen traten schon mit fünf Jahren auf. Ein Gegenstück dazu waren bis zum zehnten Jahre heftige Jähzornsausbrüche, besonders gegen die Mutter. Dabei preßte er das Blut in den Kopf, damit im Gehirn eine Ader platze und er blute oder verblute. Mit zehn Jahren trat er in einen Jünglingsverein des Bibelkreises, worin er bis nach dem Abitur blieb. Nach der Pubertät mit den Onanieschuldgefühlen nahm ihn die *Depression* immer mehr gefangen. Um für den Vater zu sparen, studierte er auf seinen eigenen Wunsch vorläufig nicht, sondern trat als Lehrling in eine Maschinenfabrik, war von der Arbeit doch bald unbefriedigt, begann dann sein Medizinstudium, trat in eine Verbindung ein, nach kurzer Zeit wieder aus und durchlebte seine Studentenzeit äußerst zurückgezogen in seinem Dachzimmerchen.

Das infantile Material und die ganze Struktureinsicht waren gegen Ende des zweiten Behandlungsjahres durchgearbeitet. Die psychogene Aspermie, ein sehr vielschichtig determiniertes Symptom, erwies sich vor allem als Reaktionsbildung gegen die einstige „Urinverschwendung“ und gegen die damit verbundenen Aggressionen der Mutter gegenüber. Zugleich kehrten letztere im Symptom wieder, denn er rächte sich mit dem Zurückhalten an den Frauen und damit an der Mutter. Das einstige Kotschmieren war in der zwangsneurotischen Ordnungsliebe, Sauberkeit und im Geiz mit Zeit und Geld gebunden. Die Aggressionen gegen den Vater und die Angst vor ihm, der nach der kindlichen Vorstellung einst mit der Mutter und den Frauen wie ein Blaubart blutige Dinge tat, bannte er mit einer magdlich-weiblichen Hingabe.

Aber die Erkenntnisse und die Durcharbeit dieser und ähnlicher Zusammenhänge, die sonst bei weniger schwierigen Fällen, verbunden mit affektiver

Abreaktion in der Übertragung, zur Heilung führen, blieben hier fast resultatlos. An der passiven, affektleeren Übertragungsbeziehung und am Zustand des Patienten besserte sich nichts Wesentliches.

Ich erkannte nach und nach, daß er sich mit diesen Abwehrmechanismen verschiedenartiger Reaktionsbildungen und Projektionen wie hinter einer phobischen Haltung, die ihn wie einen Schutzwall umgab, verbarg. Es galt diesen zu durchbrechen, und dazu bedurfte es eines Stückes aktiver Technik, das wir sonst bei ausgesprochenen Phobikern — wie z. B. bei der Agoraphobie — zu Hilfe nehmen müssen.

Der Patient mußte an das gemiedene Objekt der Angst — in diesem Fall die Frau — herantreten. Wir arbeiteten damals etwa ein Jahr lang in Berlin, und ich ermunterte ihn, in das näherliegende Ausland zu fahren und die Geliebte zu besuchen, um mit ihr in nähere Beziehung zu treten. Der Rat bewirkte das Gegenteil. Der Patient löste brüsk die Verbindung mit ihr, fing aber nun an, gegen mich Aggressionen zu äußern und gab mir die Schuld an dem Bruch. Der starre masochistische Bann war gelockert. Dazu tauchten nun sadistische Phantasien gegen die frühere Geliebte auf, Sadismen, die sich später auch gegen andere Liebesobjekte richteten und bei deren Berichten er sich zuletzt in der Analyse so sehr triebhaft hineinsteigerte, daß er befürchtete, dabei eine Pollution zu bekommen. Auch die verdrängten Aggressionen gegen die Mutter und den Vater wurden in der Übertragung bewußter abreagiert. Ich riet ihm nun, eine neue Beziehung mit einem Mädchen in der Stadt, in der er wohne, zu suchen.

Ein weiteres Jahr verging bei dieser „Realanpassung" an das andere Geschlecht und der damit verbundenen analytischen Vertiefung. Von den kümmerlichsten und unwahrscheinlichsten Annäherungsversuchen an wechselnden Objekten bis zu endlich erfolgten Koitusversuchen, die allerdings trotz erektiver Immission noch monatelang erfolglos blieben, war ein weiter Weg.

Schrittweise wie die Eroberung der Frau sich ergab, folgte schließlich auch eine bessere Beherrschung seiner beruflichen Aufgaben. Die erste Operation gelang. Die Beziehung zu den Kollegen wurde enger. Endlich im vierten Jahr der Behandlung erfolgte bei einem Koitus der erste Orgasmus, nachdem sich die letzten Ängste, das Mädchen mit dem Sperma tödlich zu infizieren, behoben waren. Von da an schritt seine allgemeine Gesundung rasch vorwärts.

Die Behandlung wurde vor drei Jahren beendet, und der junge Arzt, der seit zwei Jahren glücklich verheiratet ist und seit dieser Zeit mit Geschick und wachsendem Erfolg eine Landpraxis führt, ist heute glücklicher Vater eines gesunden Kindes.

Ich versuchte, mit der Skizzierung dieses schwierigen Falles Ihnen zu zeigen, daß die uns in Analysen dauernd vorschwebenden Fragen: worin besteht die eigentliche Schwierigkeit? Warum leidet der Patient? Warum weiß er nicht mehr von seinen unbewußten Regungen? uns bei einer verständnisvollen Widerstandsanalyse, die außerdem einer Art stetem Lernen vom Patienten gleichkommt, in der Regel doch schließlich die richtige Antwort finden lassen.

Es ist im übrigen unvermeidlich, daß unsere Intuition gelegentlich den Feinheiten des Gefühls oder der Auffassung des Patienten nicht gerecht wird, wir also selbst Schwierigkeiten schaffen. Dann müssen wir befähigt sein, Fehler zuzugestehen. Wir dürfen sie nicht bestreiten und nicht bemänteln, sonst benehmen wir uns wieder wie frühere Erzieherfiguren des Patienten, die glaubten, stets ihre Unantastbarkeit und ihre Überlegenheit wahren zu müssen. Die erwähnte englische Kollegin Searl sagt darüber treffend: „Wir können getrost Zutrauen zu uns haben, wenn wir finden, daß wir willens und leicht imstande sind, unsere Fehler und deren Auswirkungen zu erkennen, entsprechendes Bedauern darüber empfinden und die Last auf uns nehmen, alles zu tun, was wir können, um den verursachten Schaden wiedergutzumachen."

Jede Psychotherapie wird die Bewußtseinserweiterung mit in vorderste Linie ihres Programms nehmen müssen. Die Frage nach der Heilung vom Leiden findet ihre Antwort in einer Erkenntnis der Entstehung des Leidens: bereits eine uralte, ostische Einsicht.

Mit dem Bewußtmachen unbewußter Prozesse wird dem Wesenhaften unserer Seele Raum und Entfaltung verschafft. Die entscheidendste Arbeit muß auch bei diesem Vorgange der Patient selber leisten. Unsere Deutungen bestehen auch hier in erster Linie im Wegräumen von Schwierigkeiten affektiver und denkerischer Art, die aus dem Wiederholungszwang geboren sind und meist den Stempel des Infantilen tragen. Ist dies gelungen, dann stellen sich die Erkenntnisse über die Ursachen des neurotischen Verhaltens und damit dessen Überwindung von selber ein. Ich werde bei der Deutung zweckdienlich immer von der Oberfläche der vom Patient erwähnten, also ihm bewußten und ihn befremdenden Situationen ausgehen. Sie ist meist eine solche des aktuellen Erlebens im Alltag, der Übertragung oder eines Krankheitssymptoms. Meine Aufgabe wird nun vornehmlich die sein, der Abreaktion und dem Erkenntniszuwachs — die beide niemals getrennt werden dürfen — dadurch das nötige Gefälle zu verschaffen, daß ich mit der Herstellung von Verknüpfungen mit bereits bekannten, gleichartigen Erlebnissen aus der Vergangenheit, speziell aus der Kindheit des Patienten, nach und nach in ihm die Überzeugung zeitige, daß dieses inadäquate Ver-

halten, das einmal scheinbar zweckdienlich, scheinbar sichernd war, heute nicht nur überflüssig, sondern schädlich ist, weil es hemmt, den Lebensraum verengt, Leiden schafft, krank macht.

Die 3. Frage:

In welcher Beziehung steht die Widerstandsanalyse zu anderen analytischen Verfahren?

kann ich im Rahmen dieses Vortrages nur streifen. Je nach Wesensart und Temperament des Analytikers wird er sich entweder 1. mehr der emotionalen Abreaktion, 2. mehr der Rekonstruktion der Kindheitserinnerungen und den Inhaltsdeutungen oder 3. mehr der Widerstandsanalyse zuwenden. Für jede der drei Richtungen gibt und gab es extreme Vertreter. Sie überschätzen meist den Wert der eigenen Technik und setzen die beiden andern Verfahren herab. So tauchten bei einigen Forderungen nach einer Art Neokatharsis und Relaxation auf, deren Hauptziel wie früher die halbhypnotische Abreaktion war, während andere sich auf die Inhaltsdeutung und auf eine stark intellektualisierte Rekonstruktion der Kindheitsgeschichte verlegten und dabei Widerstand und Übertragung ungenügend in Betracht zogen. Wieder gab es solche, die der Wiedererinnerung von Kindheitserlebnissen kaum therapeutischen Wert beimaßen. Heute machen vor allem Vertreter extremer Widerstandsanalyse, die die Inhaltsdeutung verwerfen oder ganz in den Hintergrund schieben, besonders von sich reden. Aber es ist auch hier wie oft bei ähnlichen Alternativen, daß die beste Lösung in einem Sowohl — als-auch liegt. Eine richtig geführte Widerstandsanalyse legt schrittweise den Weg zum Unbewußten frei. Damit steigen automatisch verdrängte Kindheitserinnerungen ins Bewußtsein, gleicherzeit wird aber auch das emotional richtige Empfinden äußerungsfähig, und es stellt sich entsprechend nach und nach die real angepaßte Urteils- und Handlungsfähigkeit ein.

Der Analytiker muß bei gleichschwebender Aufmerksamkeit auf die eigenen freien Einfälle und auf diejenigen des Patienten stetsfort zugleich nach allen denkbaren Richtungen Beziehungen und Zusammenhänge herstellen können; muß das Körpergeschehen des Patienten, seine Abwehrmechanismen, seine Widerstandshaltung, die früheren Erlebnisse, den Wiederholungszwang, das Übertragen, die Träume, die Affekte, die Zielstrebigkeit, kurz, das ganze Woher und Wohin des Patienten im Auge behalten. Er muß dazu ein gutes Gedächtnis und eine lebhafte, sichere und immer auf den ganzen Lebenslauf

und die Gesamtpersönlichkeit gerichtete Intuition besitzen, wenn er seiner Aufgabe gerecht werden will.

Zusammenfassend: Wir werden in der Regel immer von der Analyse von Konflikten, Unfähigkeiten, Schwierigkeiten, kurz Widerständen ausgehen. Wir müssen sie den Patienten in ihrer Verursachung und in ihrer inadäquaten Zweckhaftigkeit richtig erkennen lassen. Dann werden wir ihm helfen, sie zu verwerfen, werden ihn befähigen, sich selbst zu helfen, indem er sie meistern und beseitigen lernt. Sind die Schlacken und Trümmer einer falschen Erziehung oder schlechter Milieueinflüsse, die den Patienten aus der eigensten Lebensbahn herausdrängten, in ihm beseitigt, findet sein befreites Selbst, kraft seiner synthetisch einordnenden Funktion ohne großes Zutun unsererseits, mittels Abreaktion, Wiedererinnern und Durcharbeiten wieder in die eigene Bahn zurück.

4. Welches sind die therapeutischen Ergebnisse, die wir von der Widerstandsanalyse erwarten?

Die Frage scheint sehr leicht zu beantworten: Der gesunde Mensch. Schwieriger wird die Definition des gesunden Menschen und am schwierigsten wohl, was uns besonders interessiert, die entwicklungsmäßige Darstellung des Heilungsprozesses.

In der psychoanalytischen Literatur kann man mit geringen Ausnahmen die Auffassung vertreten finden, daß die Haupteigenschaft des gesundeten Menschen seine wiedererlangte Arbeits- und Genußfähigkeit sei, die etwa derjenigen einer Durchschnittsnorm entspräche, also ein Angepaßtsein als „nützliches Glied der Gesellschaft", an diese Gesellschaft. Ich will nicht bestreiten, daß diese Forderung nicht meistens genügt. Aber der Neurotiker ist manchmal auch ein Mensch, der aus innerer Not sich gezwungen sieht, eine Brücke zu schlagen zu einem neuen Ufer. Er hängt bauend über dem Abgrund und der Analytiker darf ihm diesen Bau nicht willentlich als Illusion, Utopie und Wahn zerschlagen, sondern muß Handlanger und beratender Ingenieur sein, um ihm den Bau und schließlich den Übergang zu ermöglichen. Es besteht keine Gefahr, daß wir mit dieser Einstellung lauter Genies oder Heilige züchten. Der Mensch, der die Brücke zu *seinem* Ufer überschritt, kann äußerlich bescheiden — sicher bescheidener und anspruchsloser als in der Neurose — seinem Beruf, seiner Familie, seinem Volk leben, und er ist *innerlich lebendiger geworden, getragen von einem starken Kraft- und Glücksgefühl.*

Ich habe in meiner Arbeit „Die Erlösung vom Leiden"[1]) versucht, den

[1]) Erscheint demnächst in dieser Zeitschrift.

Quellen dieses Gefühls vom Erlöstsein nachzugehen und bin lange schon zur Überzeugung gelangt, daß es einmal gelingen wird, auf wissenschaftlich-therapeutischem Weg dieses allen Menschen innewohnende Streben nach Glückseligkeit da und dort einer Erfüllung entgegenzuführen — wenn wir nur erst anfangen, uns zu dem Ziele zu bekennen.

Eine zweite Forderung psychoanalytischer Therapie betrifft im Gegensatz zu der erwähnten, die eine veränderte Einstellung zur Umwelt zum Ziele hatte, eine rein autoplastisch intrapsychische Wandlung: Wo Es war, soll Ich werden. Diese Forderung war bisher in der Psychoanalyse unbestritten. Sie deckt sich weitgehend mit jener der Bewußtseinserweiterung. Und doch weist sie eine Lücke auf, auf die man nicht aufmerksam wurde. Ja, die Forderung birgt die Gefahr, in die Irre zu führen.

Vergegenwärtigen wir uns kurz die letzten Daten, die Freud zur Strukturlehre der Psyche aufstellte. Er unterscheidet Es, Ich und Über-Ich, und wir sind mit ihm allgemein der Auffassung, daß der Heilungsvorgang eine Veränderung jeder der Instanzen und auch ihrer wechselseitigen Beziehungen ergeben muß. Das Es wird beschrieben, als derjenige Anteil des Seelischen, der unbewußt und unpersönlich ist und in dem die Triebe und Leidenschaften — kurz, das Lustprinzip, das vorgeburtlich, einheitlich Seelische — noch herrschen. Von ihm hat sich unter dem „direkten Einfluß der Außenwelt", d. h. seiner Versagungen, ein Teil verändert und mittelst des Systems Wahrnehmung-Bewußtsein (W-B) sich eine Sonderexistenz erworben, deren Aufgabe Vernunft, Anpassung, Einordnung „Herrschaft über die Zugänge zur Motilität", kurz Wahrnehmung und Realitätsprinzip sind: Das Ich.

Aus den obigen Charakterisierungen der beiden seelischen Instanzen ergibt sich von selbst das höchstfragwürdige der Forderung: Wo Es war, soll Ich sein. Das Ergebnis wäre ein wesenloser Robot im Dienste der sog. Realität, denn das Ich ist im Grunde genommen bloß eine dem Es, dem eigentlich Seelischen, aufgesetzte Schicht, eine Art Panzer und Abwehr gegen die Bedrängnisse und Versagungen seitens der Außenwelt. Es ist die Stätte der Angst und hat sein Sonderdasein durch das Mittel der Wahrnehmungen begründet und aufgebaut, ist also eigentlich ein Wahrnehmungs-Ich. In einer früheren Arbeit über die „Zweierlei Mechanismen der Identifizierung"[1]) versuchte ich nachzuweisen, daß alle Wahrnehmungen mittels eines Identifizierungsvorganges zustande kommen. Das Ich entpuppte sich demnach als eine Instanz, die auf Identifizierungen aufgebaut ist. Identifizierung mit Fremdem kann aber niemals das Wesenhafte, das wirklich Persönliche, folglich auch niemals das wirklich Er-

[1]) Imago XXIII, Heft 1.

strebenswerte sein. Wo demnach der gutgepanzerte und mit allen vorzüglich funktionierenden Abwehr- und Identifizierungsmechanismen ausgestattete Ich-Mensch noch als Norm gefordert wird — dort hat man sich vom Wesenhaften, vom eigentlich Seelischen, vom Selbst abgewendet.

Unsere Hauptaufgabe der Psychotherapie wird also im Gegensatz zu der bisherigen psychoanalytischen Auffassung die sein, das Fremde, Ichhafte, das Außenweltcharakter trägt und im Grunde die tiefste Ur-Sache unserer Leiden ist, wie eine Wucherung zu entfernen, um dem Selbst, dem Ureigensten, Entfaltung zu ermöglichen.

In einige Verlegenheit bringt uns dabei freilich die Frage: Was ist das Selbst? Es ist jedenfalls nicht Ich und hat nichts mit dem Ich-Charakter gemein, trägt vielmehr den Es-Charakter und könnte als bewußt gewordenes Es, als Bewußtgewordenes jenes nichtverdrängten, ursprünglichen (hauptsächlich embryonalen) Unbewußten, das vor jeglicher Ichbildung bestand, definiert werden. Ich halte dafür, daß die Bekanntschaft mit diesem neuen Stück Psychologie unerläßlich ist, denn sie zwingt uns zu einer grundlegend erweiterten und veränderten Stellungnahme zu den Zielen der Seelenheilung und Menschwerdung.

Von der dritten Instanz, dem Über-Ich ist zu sagen, daß es als eine Stufe im Ich angesehen wird, eine, die die phylo- und ontogenetischen Niederschläge der elterlichen, erzieherischen und kulturellen Gebote und Verbote enthält und zwar erworben durch Introjektion und Identifizierung. Das Ich muß sich also dem Über-Ich, dessen Strenge und oft auch Quälsucht unterstellen, ähnlich wie das Kind den Härten der Erzieher zwangsweise ausgeliefert war. Gerade diese Abhängigkeit des Ichs vom Über-Ich macht es gelegentlich schwer oder unmöglich, den Patienten einer Heilung zuzuführen, weil sie ihm von dieser strafenden Instanz aus, die sich wesentlich mit dem deckt, was wir Schuldgefühl nennen, nicht gestattet wird. Die Veränderung oder gar Ausschaltung des alten Über-Ichs und die Aufrichtung eines neuen toleranteren, etwa nach dem Vorbild des stets freundlichen, gütigen und verständnisvollen Analytikers, ist ein seit langem allgemein anerkannter, notwendiger Bestandteil des Heilungsvorganges. Da aber der größte Anteil des Über-Ichs unbewußt ist, gilt auch hier wiederum, durch das Bewußtmachen ihm seine bisherige Sonderstellung und Übermacht zu erschüttern und zu nehmen. Dasselbe gilt auch vom Ich, auch es ist größtenteils unbewußt.

Es ergibt sich also von selbst der Schluß, daß mit fortschreitender Bewußtwerdung unbewußter Anteile aller drei Instanzen seelischer Struktur, die Grenzen dieser Instanzen mehr und mehr verblassen, und einer Einheitlichkeit und Integration des Seelenlebens weichen müssen. Das Wesensfremde, das im Ich und Über-Ich hauptsächlicher Bestandteil war, muß bewußt gemacht und als störend ausgeschaltet werden. An seiner Stelle muß das ursprünglich Wesenseigene aus dem Es bewußt werden: Das Selbst.

Eine Theorie der Heilung müßte also nicht nur die Veränderungen in den einzelnen Instanzen und in den wechselseitigen Beziehungen nachweisen, sondern sie müßte darüber hinaus die natürliche Heilkraft, die vom Selbst ausgeht und die sich stets gegen alle Drosselungen der Außenwelt behauptete, ganz besonders berücksichtigen. Seelische Strukturveränderungen sind nur metapsychologisch voll verständlich und zwar 1. topisch: Der Bereich des Bewußtseins ist in allen drei Instanzen auf Kosten des Unbewußten vergrößert, 2. dynamisch: Die Relationen zwischen den Instanzen sind unbehinderter, flüssiger und intensiver und 3. ökonomisch: Die Spannungen sind herabgesetzt.

Wo aber einmal eine wirkliche Strukturveränderung stattgefunden hat, dort ist sie auch dauernd, ein Prädikat, das wir dann ebenfalls einer wirklichen Heilung zuschreiben dürfen.

Wenn aber einem Menschen die Wiedereroberung des integrierten, ursprünglich Wesenhaften glückt, dann wird er auch mit der Umwelt wieder besser im Einklang stehen, denn einst, vor der Ichbildung, bestand schon ein Eins-Sein mit ihr. Es ist eine kleine, berechnende Liebe, wenn die Sonderung, das Ich, als Ziel einer Gesundung gesetzt wird. Die Liebe zum Selbst fordert im Gegenteil eine Ichverneinung, denn es ist jene höchste Selbst-Bejahung, die das verlorengegangene, allumfassende Gefühl der innigsten Verbundenheit mit der Welt uns wieder schenkt und jenes alte Gesetz erfüllen hilft: Liebe Deinen Nächsten als dich selbst.

WALTER MORGENTHALER:

DIE METHODE UND DER MENSCH[1])

Das Thema „Methode und Mensch" ist so vielgestaltig, daß es hier natürlich auch nicht annähernd erschöpfend behandelt werden kann. Vor allem können wir nicht näher auf die Entwicklung des Problems und auf die früheren Methodenlehren mit ihren teilweise komplizierten und konstruierten Einteilungen eingehen.

Immerhin möchten wir doch kurz darauf hinweisen, daß es gerade 300 Jahre sind, seitdem, 1637, das bahnbrechende Werk „Discours de la méthode" von Descartes erschienen ist, ein Werk, das den Weg vom scholastischen zum Zeitalter der Aufklärung frei machte, ein Werk, das einerseits kühn das rationale Denken als alleinige Erkenntnisquelle gelten ließ, das Wort „cogito ergo sum" prägte, das als Wissenschaft bloß die Mathematik anerkannte und die Naturwissenschaft mathematisieren wollte, dem man aber den Schrecken über die sechs Jahre vorher erfolgte Verurteilung des geistesverwandten Galilei deutlich anmerkte, indem die neuen Erkenntnisse teils versteckt, teils immer wieder mit Versicherungen, an die bestehende Weltordnung nicht rühren zu wollen, vermischt wurden.

Was nun unser Thema betrifft, wollen wir als Methode im allgemeinen bezeichnen die Lösung bestimmter Aufgaben durch Anwendung eines gesetzmäßigen, planmäßigen Verhaltens.

Dabei wird von Opahle u. a. unterschieden zwischen Technik und Methode. Unter Technik wird die Beeinflussung dinglicher Verhältnisse zur Erreichung von Zwecken verstanden. Von Methode im engern Sinn aber dürfe nur gesprochen werden, wenn ein logisches Prinzip das Verfahren bestimme. Maßgebend für die Methoden seien also Prinzipien, d. h. Beziehungen, die den positiven Tatsachen logisch vorausgehen, die also von den Tatsachen selber unabhängig sind. Das Methodologische wird auf diese Weise der Philosophie zugeteilt und in einen Gegensatz zum Technischen gebracht. Denn, sagt Opahle, die Gültigkeit der Grundbegriffe bei der wissenschaftlichen Arbeit müsse in einem Höchsten verankert sein. Nur eine solche Verankerung könne die Eindeutigkeit, Klarheit und Bestimmtheit der Grundbegriffe und des ganzen Gegenstandes verbürgen.

Dazu ist zu bemerken: Eine begriffliche Klarstellung wie die vorliegende ist sicher gerechtfertigt. Wir fragen uns aber, ob das Technische vom Methodischen derart scharf getrennt, ja ihm geradezu gegenübergestellt werden darf.

---

[1]) Vortrag gehalten an der II. Tagung für Psychotherapie in Bern.

Es scheint uns im Gegenteil viel natürlicher bei jedem planmäßigen Verhalten, also bei jeder Methode die beiden Seiten der denkerischen Vorbereitung und der technischen Ausführung zu unterscheiden. Ihnen möchten wir aber gleich noch eine dritte Seite anfügen, nämlich die der Auswertung.

Dabei kann allerdings unter Umständen die eine oder andere Seite stark vorherrschen. Wo z. B. das Denkerische festgelegt ist, oder einfach übernommen wird, herrscht das rein Technische vor, während auf andern Gebieten, z. B. in der reinen Mathematik und bei den Denkmethoden im engern Sinn, das Denkerische überwiegt.

In weitaus den meisten Fällen aber müssen bei der wissenschaftlichen Forschung — und von dieser sprechen wir hier zunächst — alle drei Seiten in gleicher Weise zur Geltung kommen. Sie kennen alle die Typen, die durch Variationen der drei Seiten zustande kommen können. Nennen wir aus der großen Zahl einige wenige:

1. Die Problemstellung und sonstige denkerische Vorbereitung ist ungenügend. Der Mann stürzt sich sofort in die Ausführung, ins Experimentieren z. B. hinein. Sowohl Durchführung wie Auswertung können gut sein, bringen aber doch keine brauchbaren Resultate, weil sie auf ungenügender oder falscher Grundlage stehen. Gewisse Tatmenschen und Draufgängernaturen sind hierher zu zählen.

2. Die denkerische Vorbereitung überwiegt alles andere. Bei stark reflektierenden, äußerlich eher passiven Naturen kann sich die ganze Energie in der Vorbereitung erschöpfen. Sie stehen beständig voll Pläne, die oft gut sind und die bis in alle Einzelheiten durchgedacht und vorbereitet werden können, kommen aber selten oder nie zur Ausführung. So sehr sie als eigentliche Schaffer versagen, so wertvoll können solche Menschen hin und wieder als Anreger sein.

3. Ein dritter Typus, dem ersten verwandt, ist der routinierte Techniker, bei dem die Technik absolut vorherrscht und sowohl die richtige Vorbereitung wie die sorgfältige Auswertung erdrückt. In extremen Fällen kann die extreme technische Betätigung zu einem stereotypen Leerlauf werden.

4. Das Gegenstück ist der technisch Ungenügende. Seine Resultate können auch bei guter Vorbereitung und Auswertung eben aus Mangel an Technik wertlos sein.

5. Noch häufiger ist ein fünfter Typus: Problemstellung und denkerische Vorbereitung sind gut, die technische Ausführung tadellos, aber nun langt es nicht mehr zur richtigen Auswertung. Eine Unmasse von Resultaten kann so zustande kommen; aber es fehlt die Fähigkeit zum Aufbau, zur Formung und Eingliederung.

6. Und ein sechster, dem vorigen gegenteiliger Typ, ist der Konstrukteur, der ausbaut und auswertet ohne genügend feste Grundlagen und Resultate, der leicht feste äußere Tatsachen mit Gedachtem verwechselt und der daher Neigung zum Konstruieren, Verallgemeinern und Ausbauen von Systemen hat.

Wir möchten hier nun aber noch auf eine andere, für unsere Fragestellung ebenfalls sehr wichtige Abgrenzung hinweisen: Das Methodische ist ein gesetzmäßiges Verhalten. Und zwar handelt es sich dabei um eine äußere, im Gegensatz zur innern Gesetzmäßigkeit. Wir können uns dies am besten an einem Beispiel klar machen: Das Verhalten des Kleinkindes ist nach außen scheinbar ganz regellos, sprunghaft von einem zum andern gehend, ganz dem Zufall und dem Augenblick unterworfen. Wie aber das frei fließende Wasser doch den Gesetzen der Schwerkraft und der Hydrodynamik, so ist auch das äußerlich scheinbar regellos sprudelnde Verhalten des Kindes strengster innerer Gesetzmäßigkeit unterworfen. Mit dem Heranwachsen kommt dann immer mehr auch äußere Ordnung in sein Verhalten. Durch die Erziehung und die zunehmende Erfahrung werden immer mehr Regeln und Gesetzmäßigkeiten von außen an die sich entwickelnde Persönlichkeit herangebracht. Diese nimmt sie teilweise an und verhält sich auch äußerlich immer mehr geordnet und gesetzmäßig. In dieser äußeren Ordnung im Dienste der allgemeinen Aufgaben der Entwicklung, des Gemeinschaftslebens und der Leistungsfähigkeit haben wir die Grundlagen und die Anfänge des methodischen Verhaltens.

Wir wollen also festhalten: Die Methode ist ein von außen an das Objekt herangetragenes, planvoll zur Lösung einer bestimmten Aufgabe angewandtes Verhalten, bei dem die denkerische Vorbereitung, die technische Ausführung und die Auswertung einfach verschiedene Seiten oder Stufen sind, die jedoch aufeinander abgestimmt sein und zusammen eine Einheit bilden müssen.

Das Methodische als etwas Festgelegtes, Gesetzmäßiges, Unlebendiges, Mechanistisches, etwas Geistiges, steht nun theoretisch in ausgesprochenem Gegensatz zur innern Gesetzmäßigkeit des Vitalen, Lebendigen, des Seelischen.

Im Leben und in der Wissenschaft allerdings ist das äußere mit dem innern Gesetz eng verbunden; das eine bedingt, beeinflußt und verändert das andere in der mannigfachsten Weise. Ein gewisser Gleichgewichtszustand kann bei wenig persönlichen Durchschnittsmenschen, oder aber auf einem höhern Niveau bei einzelnen großen harmonischen Persönlichkeiten zustande kommen. Bei den meisten ausgeprägteren Charakteren ist aber die eine Seite auf Kosten der andern vorherrschend: Es gibt Menschen, die mehr unter dem Einfluß

von äußeren, andere die mehr unter dem von inneren Gesetzmäßigkeiten stehen. Wir wollen vorläufig die einen als methodische und die andern als unmethodische Menschen bezeichnen, werden aber nachher sehen, daß wir an dieser Scheidung noch gewisse Korrekturen werden anbringen müssen.

Wir brauchen hier nicht näher darauf einzugehen, wie nicht nur einzelne Persönlichkeiten, sondern auch ganze Zeitepochen unter dem Einfluß der einen oder der andern Geisteshaltung gestanden haben. Wir wollen bloß darauf hinweisen, wie die Zeit, in der wir alle aufgewachsen sind, eine Zeit der ausgesprochenen Herrschaft der Methoden gewesen ist. In den Naturwissenschaften und der Medizin haben sich — vor allem die experimentellen — Methoden nicht nur in ganz enormer Weise entwickelt, sondern sie haben in Wissenschaft und Praxis auch Ungeheures geleistet. Diese immer größer werdenden Leistungen haben dann eine immer größere Ausdehnung des Methodischen und eine Anwendung auf immer weitere Gebiete zur Folge gehabt.

Dabei wird die Scheidung der Geister immer schärfer: Auf der einen Seite feiert das methodische Verhalten Triumphe wie noch nie: Nicht nur drückt die Technik unserm ganzen Dasein den Stempel auf; auch das Volksganze wird durch gewisse politische Methoden, durch die Planwirtschaft usw. immer mehr methodisch durchtrainiert. Am schärfsten aber kommt dies zum Ausdruck beim Militär. Maßgebende Führer erklären, daß sich in den letzten Kriegen nur das bewährt habe, was tadellos methodisch einexerziert gewesen sei, und daß der zukünftige Krieg ein wenn möglich noch methodischeres Vorgehen, ja ein geradezu maschinelles Funktionieren der Truppen verlange.

Die gleichen Truppenführer sind aber überzeugt, daß eine vollkommene Methodik und Technik wohl unumgänglich, aber doch bloß eine Vorbedingung, daß aber der ausschlaggebende Faktor für Sieg oder Niederlage auch in der Zukunft die Seele des Soldaten, also das innere Gesetz, sein werde.

Damit kommen wir zur andern Seite. Immer häufiger erheben sich Stimmen, die nicht wie hier beide Seiten anerkennen, sondern die sich gegen die Herrschaft des Methodischen und die Mechanisierung des Lebens nicht nur, sondern gegen das Methodische überhaupt wenden. Es wird darauf hingewiesen, wie die ungeheuren äußeren Fortschritte keine Bereicherung, sondern einfach eine Vervielfältigung bedeuten, die das viel wertvollere Innere verarmen lassen, wie die Methodik und die Mechanisierung das Lebendige zur Verödung bringe, wie das Technische und die Maschine das Menschliche abtöte.

Ein gewisser Gegensatz zwischen dem äußeren und dem inneren Gesetz, dem Mechanismus und dem Leben war wohl von jeher vorhanden. Unserer Zeit aber war es vorbehalten, diese Gegensätzlichkeit auf die Spitze zu treiben und die Feindschaft zwischen Mechanismus und Leben, zwischen Geist und

Seele, zu etwas derart Grundlegendem werden zu lassen. Sie wissen, wie dieser Gegensatz von Klages in seinem „Geist als Widersacher der Seele“ besonders scharf formuliert worden ist. Es ist offenkundig, wie aus einer solchen Einstellung heraus (nicht von Klages, aber von vielen anderen Seiten) das Geistige, Gesetzmäßige, Methodische, entwertet und dem äußerlich Ungeregelten, Unmethodischen, von inneren Impulsen Geleiteten immer mehr freie Bahn geschaffen wird. Es handelt sich dabei um einen Rückschlag aus einer Übersteigerung des Methodischen und des Geistigen überhaupt heraus. Dies wieder ist nichts anderes als der Ausfluß einer allgemeinen Übersättigung, ein Zeichen von Kulturmüdigkeit.

Nun sind aber die bisherigen Darlegungen einseitig. Es handelt sich vorwiegend um Ableitungen. Diese waren notwendig. Es tut sicher auch dem großen Werk von Klages keinen Eintrag, wenn wir es als ein vorwiegend deduktives bezeichnen. Durch Deduktion können nun aber wohl allgemeine, große Gesetzmäßigkeiten formuliert werden. Doch sind diese meistens lebensfern. Darüber dürfen auch eingeschobene „schlagende“ Beispiele nicht hinwegtäuschen. Jedenfalls läßt sich die Mannigfaltigkeit des Lebens nicht auf allzu große Generalnenner bringen.

Als Gegenstück zu diesen Ableitungen wollen wir daher nun versuchen, auf induktivem Wege an das Problem Methode und Mensch heranzugehen. Und zwar haben wir zu diesem Zwecke in unsere nächste berufliche Umgebung gegriffen und alle uns persönlich bekannten Psychiater und Psychotherapeuten zusammengestellt. Dies erfordert eine kurze Rechtfertigung. Wir sind gewohnt, täglich bei unsern Patienten die einschneidendsten Diagnosen zu stellen. Wir können uns auch mit uns selber auseinandersetzen und uns dabei u. U. schonungslos analysieren oder analysieren lassen. Doch sind wir merkwürdigerweise viel empfindlicher, wenn an unsere Familie, Sippe oder Berufsgruppe in gleicher Weise herangegangen wird. Hier können mit einem Male undisziplinierte Massengefühle, vor allem Abwehrinstinkte hochschießen. Dies ist — wenn wenigstens die Untersuchung sich in objektiven Grenzen hält — natürlich falsch, weil unsachlich. In unserem Falle wird man um so weniger gegen eine solche Berufsgruppenuntersuchung einwenden können, als es sich im folgenden nicht darum handeln kann, Charakterisierungen der Gesamtpersönlichkeiten aufzustellen — dies wäre gar nicht möglich —, sondern einfach einzelne hervortretende leicht faßbare Züge zu fixieren.

Wir haben also alle diejenigen Psychiater und Psychotherapeuten, von denen wir uns durch persönliche Bekanntschaft glaubten ein Bild machen zu können, zusammengestellt. Es waren 138. Aus ihnen haben wir dann diejenigen ausgesucht, die uns als ausgesprochen methodische und andrerseits die, welche uns als unmethodische Menschen vorkamen. Die große Mehrzahl, näm-

lich 84, konnte weder in die eine noch in die andere der beiden Gruppen eingereiht werden und wurde daher unberücksichtigt gelassen.

Vom Rest von 54 aber zeigten 38 ein vorwiegend methodisches und 16 ein vorwiegend unmethodisches Verhalten. Die hervorstechendsten Züge jedes einzelnen der beiden Gruppen wurden dann mit einigen Stichworten zu charakterisieren versucht und die gefundenen Hauptzüge zusammengestellt.

Dabei ergab sich, daß bei den Methodischen diejenigen Eigenschaften bei weitem vorherrschen, die wir als die Normativen zu bezeichnen pflegen und daß das Vitale und Persönliche zurücktritt oder fehlt. Es wäre dies also im großen und ganzen eine Bestätigung der Resultate, zu denen wir schon im ersten Teil durch Deduktion gekommen sind. Der Resultate nämlich, daß der Methodische im allgemeinen der hochstruktuierte, stark vergeistigte, starrere und dabei weniger vitale Mensch ist. Im einzelnen aber weist schon diese Gruppe eine derartige Vielgestaltigkeit auf, daß wir, wie ebenfalls bereits angedeutet, die allgemeinen Charakterisierungen des Methodischen, wie alle solchen Typisierungen ganz nur als allgemeine, weitmaschige Grundstrukturen betrachten und niemals aus dem Auge lassen dürfen, daß der Überbau der Gesamtpersönlichkeit unter Umständen einen ganz anderen Aspekt geben kann.

Außerdem muß bemerkt werden, daß das Methodische seinem Wesen entsprechend, meistens etwas Partielles ist. Die meisten sind Methodiker auf einem bestimmten Gebiet. Es gibt sogar einzelne partiell strenge Methodiker, die auf anderen Gebieten ganz unmethodisch, um nicht zu sagen, konfus sind.

Die hauptsächlichsten Gebiete, auf denen das Methodische hervortritt, sind:

1. Die wissenschaftliche Arbeit: Es sind 12 Persönlichkeiten, die klinisch-psychiatrisch, experimentell, hirnanatomisch und erbwissenschaftlich arbeiten.

2. Eine Gruppe von 11 bilden die ausgesprochenen psychotherapeutischen Methodiker. Es handelt sich hier ausnahmslos um Psychoanalytiker Freudscher Richtung. Darunter sind Psychotherapeuten, die die Methode in souveräner Weise beherrschen und damit hochwertige Resultate erzielen. Andere aber machen den Eindruck von Gefangenen der Methode.

3. Wir haben drittens eine Fünfergruppe von ausgesprochen methodischen praktischen Psychiatern, Leute, die den ganzen Anstaltsbetrieb streng methodisch eingerichtet haben und führen. Auch hier ist neben sehr guten und wohltuenden Wirkungen bei einzelnen eine gewisse Gefahr vorhanden, im Formelhaften zu erstarren.

4. 2 Methodiker versuchen ihre praktische und wissenschaftliche Tätigkeit vor allem mit Philosophie zu verbinden und auf einer philosophischen Grundlage aufzubauen.

5. Und endlich haben wir 3 Leute, die sich auf verschiedenen Gebieten und auch bis ins Persönliche hinein ausgesprochen methodisch verhalten. Sie sind alle 3 erstarrte, sterile Formalisten.

Das Methodische ist aber nicht nur etwas Partielles, sondern auch etwas Spezifisches: Je stärker jemand auf das Methodische im allgemeinen eingestellt ist, um so leichter kann er gesetzmäßig reagieren und formulieren. Je mehr er sich aber einer bestimmten Methode verschrieben hat, um so mehr reagiert er auf alle möglichen Reize — in der Psychotherapie auf die verschiedensten Fälle — immer wieder ganz spezifisch mit dieser seiner Methode. Währenddem das erstere, das allgemeine methodische Verhalten, bis zu einem bestimmten Optimum etwas sehr Fruchtbares und Wertvolles ist, kann das Eingestelltsein auf eine bestimmte Methode, mag diese an und für sich noch so gut sein, leicht zu großen Gefahren führen.

Bei der Gruppe der Unmethodischen nun fällt vor allem auf, daß sie noch viel heterogener und bunter ist, als die der Methodischen. Dies ist auch ganz natürlich. Handelt es sich doch um eine Zusammenordnung, die per exlusionem entstanden und durch ein Negativum (ein „un"-) bezeichnet ist.

Schon daraus geht hervor, daß unsere durch Deduktion entstandene Charakterisierung im ersten Teil, hier in noch höherem Maße zu korrigieren ist, als bei der Gruppe der Methodischen.

Außer dieser allgemeinen müssen Korrekturen auch noch nach verschiedenen einzelnen Seiten hin vorgenommen werden. Vor allem: Die Unmethodischen dürfen den Methodischen nicht einfach als die vitaleren Menschen gegenübergestellt werden, wie man nach den Deduktionen des ersten Teils leicht glauben könnte. Die größte Gruppe, die der Utilitaristen dürfen wir jedenfalls nicht den besonders Vitalen zuzählen. Züge von eigentlicher Vitalität zeigen bloß 2 Personen, und diese kommen erst an zwölfter Stelle. Vorher haben wir allerdings noch die größeren Gruppen der Undisziplinierten, der Hypomanen und der Aggressiven. Bei ihnen wird aber Vitalität bloß vorgetäuscht durch Enthemmung, Aggressivtendenzen usw.

Währenddem die ganze Gruppe der Unmethodischen heterogener ist, sind die einzelnen Persönlichkeiten hier im allgemeinen ganzheitlicher als bei den Methodischen. Wir können mit aller Reserve den Unmethodischen wohl auch als den primitiveren Menschen ansehen als den Methodischen. Dazu gehört auch, daß er deutlich weniger spezifisch ist. Der Unmethodische kann sich daher meist auf eine bestimmte Aufgabe unbefangener und unvoreingenommener einstellen, sich stärker und vielseitiger einfühlen und das Individuelle besser erfassen, als der stark methodisch Eingestellte. Dafür hat der Unmethodische dann aber oft weniger Rüstzeug, um das intuitiv Erfaßte nun auch

richtig und sauber durchführen zu können. Und zwar fehlt es ihm entweder mehr am Innern, Charakterlichen, vor allem an der Selbstdisziplin, oder mehr am Äußeren, dem, was man die gute methodologische Kinderstube oder Schulung nennen könnte.

Wir kommen endlich zur Psychotherapie selber. Über das Verhältnis und die Wechselwirkung von Methode und Mensch wäre sehr viel zu sagen, zumal, da der Mensch hier vor und hinter der Methode steht, als Subjekt und als Objekt, als aktiv oder abwartend die Behandlung Ausübender und als passiv, defensiv oder ebenfalls aktiv die Behandlung Durchmachender. All das bisher allgemein Gesagte gilt natürlich auch für die seelische Behandlung. Im Vorigen ist aber auch Verschiedenes die Psychotherapie speziell Angehendes bereits gesagt worden. Daher hier aus der großen Zahl der Probleme nur noch einiges:

1. Wir wissen alle, daß es keinen Psychotherapeuten gibt, der alle Methoden gleichmäßig beherrscht. Das Verhältnis des Psychotherapeuten zum Methodischen überhaupt und zu den verschiedenen Methoden ist ein ausgesprochen persönliches, individuelles.

2. Wir wissen zweitens, daß es keine Methode gibt, die für alle Psychotherapeuten in gleicher Weise brauchbar ist und angewendet werden kann. Die Struktur einzelner Methoden und Methodengruppen ist derart verschieden von andern, daß es nur dem allzu Beweglichen möglich ist, in alle in gleicher Weise hineinzuschlüpfen.

3. Neben dem Psychotherapeuten und der Methode haben wir nun aber noch einen dritten, den Hauptfaktor, den Patienten. Wie steht es nun damit? Dürfen wir unsere Beweisführung hier konsequent weiterführen und sagen, daß es keinen Patienten gebe, für den die Methode gleichgültig sei? Einer solchen Behauptung widersprechen scheinbar gewisse, vor allem kurpfuscherische, Modeströmungen. Wenn einem Coué oder Zeileis Hunderttausende zuströmten, so hat das aber doch wohl mit dem Problem Mensch und Methode mehr nach der negativen Seite etwas zu schaffen: Durch Mobilisierung höchster Affekte wird in diesen Fällen eine derart starke Heilbereitschaft geschaffen, daß die individuelle körperliche Konstitution und die psychische Struktur dadurch einfach überrannt werden, so daß die Methode hier scheinbar allmächtig, in Wirklichkeit aber ganz gleichgültig wird. Das, was ausschlaggebend ist, sind ganz andersartige Kräfte.

Selbstverständlich dürfen uns diese Ausnahmezustände nicht dazu verleiten lassen, die Methode als etwas für den Kranken und die Behandlung Gleichgültiges oder auch nur Unwichtiges anzusehen. Zugegeben, die Streu-

ung zwischen Methode und Patient ist eine erheblich größere als die zwischen Psychotherapeut und Methode. Wo ein klares Verhältnis und ein tiefes Verwachsensein zwischen einer bestimmten Methode und der Persönlichkeit des Ausübenden vorhanden ist, wird auch dies Verhältnis der Methode zum Kranken und zur Störung rascher abgeklärt sein.

Nun würde sich aber vom Verhältnis Psychotherapeut und Methode ein falsches Bild ergeben, wenn nicht auch die Entwicklung dieses Verhältnisses berücksichtigt würde. Wir haben hier u. a. die beiden Extreme des Psychotherapeuten, der nach und nach immer mehr ins Methodische im allgemeinen oder in eine bestimmte Methode hineinwächst und darin entweder zum methodischen Meister, oder aber zum Gefangenen wird und des ursprünglich strengen Methodikers, der in gegenteiliger Entwicklung über die Methode hinauswächst und dabei entweder zum freien Meister, oder zum triebhaft Undisziplinierten wird.

Was können wir aus all dem Gesagten für praktische Folgerungen ableiten?

1. Es sollte dahin gewirkt werden, daß der angehende Psychotherapeut die verschiedenen Methoden nicht nur gründlich kennen, sondern auch unter Anleitung mit ihnen arbeiten lernt.

2. Es muß aber auch dafür gesorgt werden, daß der Psychotherapeut sich noch viel besser selber kennt, als dies oft noch der Fall ist, seine gesamte psychophysische Struktur, seine Komplexe und seine verschiedenen persönlichen sensorischen, intellektuellen und affektiven Gleichungen. Dies kann geschehen durch eine Lehranalyse oder durch systematische und fortgesetze Besprechungen.

3. Es schadet dann nichts, sondern ist im Gegenteil zu begrüßen, wenn nach und nach zu einer bestimmten Methode ein tieferes persönliches Verhältnis gefunden und mit ihr eine Zeitlang vorwiegend oder sogar ausschließlich gearbeitet wird.

4. Das Ziel soll aber sein, über das Kleben an der Methode hinauszuwachsen und das gute methodische Training immer mehr als feste Grundlage anzusehen, auf die man wohl, wenn es nötig ist, jederzeit zurückkehren kann, über der aber etwas Freieres, Beweglicheres, Lebendigeres aufgebaut wird.

Heute wird immer mehr der freien Dialektik das Wort geredet. Eine solche kann sicher äußerst wertvoll sein. Sie bleibt aber so lange wertlos, oder wird sogar gefährlich, wenn sie nicht fest auf zwei Grundlagen aufgebaut ist: Erstens auf einer längeren klinisch-psychiatrischen Erfahrung und zweitens auf einer gründlichen psychotherapeutischen Methodik.

M. H. GÖRING[1]:
DIE BEDEUTUNG DER NEUROSE IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Um die Bedeutung der Neurose in der Sozialversicherung klarlegen zu können, ist es notwendig, sich zunächst mit der Frage zu beschäftigen, was eine Neurose ist. Am 5. Mai 1891 wurde unter hervorragender Mitwirkung von Oppenheim von der medizinischen Fakultät der Universität Berlin ein Gutachten abgegeben, in dem es heißt, daß eine Neurose eine echte Erkrankung im medizinisch-biologischen Sinne sei. Auf Grund dieses Gutachtens wurden Entscheidungen getroffen, vor allem auch bei Kriegsneurosen, die, wie Kreil in seinem Buch: „Die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der deutschen Sozialversicherung" sagt, die Volkskraft und den einzelnen Menschen schädigten.

Nach dem Kriege wendete man sich unter Führung von Stier immer mehr gegen die Auffassung Oppenheims. In der grundlegenden Entscheidung vom 15. Dezember 1926 wurde die rein psychische Seite der Neurosen betont und die Ihnen bekannten 8 Leitsätze von Stier als maßgebend anerkannt. Diese schroffe Gegenüberstellung von medizinisch-biologischen und rein psychologischen Störungen erweckte in den Kreisen, die sich mit dem Ganzheitsproblem befaßten, Bedenken. Das immer intensivere Eindringen in die Erkenntnis der Zusammenhänge, die durch das innersekretorische und neurovegetative Nervensystem aufgezeigt wurden, ließ klar werden, daß es nicht möglich ist, körperliche und seelische Störungen voneinander zu trennen. Auch von den Psychotherapeuten wurde mehr und mehr auf die Wichtigkeit des Leib-Seele-Problems hingewiesen; ich erinnere nur an die Bücher von Heyer. Besonders wichtig war die Feststellung, daß die Dysfunktionen der Schilddrüse erhebliche psychische Störungen hervorrufen, andererseits die Beeinflussung der Schilddrüsentätigkeit auf psychischem Wege möglich ist. Auch die seelischen Störungen, die mit den weiblichen Sexualorganen zusammenhängen, und ihre Beeinflußbarkeit weisen auf die engen Zusammenhänge zwischen Leib und Seele hin. Die Sterilität der Frau ist nicht selten durch die seelische Haltung bedingt. Infolgedessen hat in neuester Zeit die Definition der Neurose vielfach eine Änderung erfahren; so sagt J. H. Schultz in seiner 1936 erschienenen Broschüre: „Neurose-Lebensnot-ärztliche Pflicht": „Die Neurose ist eine Funktionsstörung im gesamten lebenden Organismus, in deren Erscheinung der nervöse Faktor für den Erfahrenen deutlich ist."

---

[1]) Vortrag gehalten am Nachmittag des 2. Februar 1938 vor dem Reichsversicherungsamt, der letzten versicherungsrechtlichen Instanz und Aufsichtsbehörde der Landesversicherungsanstalten, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und der Unfallberufsgenossenschaften.

Wir müssen also bei der Betrachtung der Neurose davon ausgehen, daß sowohl der psychische wie auch der medizinisch-biologische Teil eine Rolle spielen, aber nicht etwa derart, daß sie nebeneinander stehen, sondern daß sie auf das engste miteinander verflochten sind. Selbstverständlich werden der eine oder der andere Teil stärker hervortreten; bei einem Patienten werden die Organsymptome mehr imponieren; man wird dann die Erkrankung nicht Neurose nennen, sondern ihr einen dem Organ entsprechenden Namen geben, z. B. Basedow, ohne zu vergessen, daß auch eine erhebliche psychische Komponente dahintersteckt. Bei anderen Patienten steht die psychogene Reaktion im Vordergrund; dann wird man die Bezeichnung Neurose wählen.

Legen wir die Leib-Seele-Einheit als wissenschaftliche Basis der Neurosen zugrunde, so treten bei der Beurteilung zwei Komponenten in den Vordergrund: die Konstitution und die Umwelteinflüsse. Wenden wir uns der Konstitution zu; sie wird festgestellt durch eine exakte Untersuchung und durch die Prüfung der Erbanlage.

Die Untersuchungen beziehen sich vor allem auf die Prüfung der innersekretorischen Drüsen. Bei der einen Prüfung finden wir eine Unter-, bei der anderen eine Überfunktion, bei einer dritten eine Dysfunktion, oder wir finden eine Disharmonie zwischen den Drüsen. Oft sehen wir ganz deutlich die Zusammenhänge mit der Konstitution einzelner Vorfahren.

Es fragt sich nun, ob eine ungünstige Konstitution zu einer Erkrankung nervöser Art verpflichtet. Zweifellos wird eine ausgesprochen schlechte Anlage einer innersekretorischen Drüse unvermeidbar zu einer Erkrankung führen. Anders ist aber die Lage, wenn durch die Konstitution nur eine mehr oder weniger starke Labilität, eine große Reaktionsbereitschaft bedingt ist. Dann sind die Umwelteinflüsse von sehr großer Bedeutung; dabei spielen die Kindheitserlebnisse eine große Rolle. Auslösend für eine Neurose kann ein ständiger, auf Monate oder Jahre verteilter Druck oder ein plötzlich auftretendes, erschütterndes Ereignis sein.

Auf die Umwelteinflüsse soll noch an Hand von Beispielen eingegangen werden.

Das Verhältnis zwischen Konstitution und Umwelteinflüssen ist umgekehrt proportional. Je konstitutionell empfindsamer ein Mensch ist, um so geringere Umwelteinflüsse genügen, um eine Neurose hervorzurufen.

Um die Wichtigkeit der Neurose richtig beurteilen zu können, ist es notwendig, auf die Folgen hinzuweisen. Die Verbundenheit zwischen Körper und Seele besteht nicht nur in der Wechselwirkung zwischen dem innersekretorisch-neurovegetativen System und der Psyche, sondern auch in der Einwirkung der Neurose auf die Organe des Körpers. Dem Arzt der letzten Jahr-

zehnte war diese Erkenntnis verlorengegangen. Dem Volk ist sie nicht fremd; es weiß, daß einem Menschen das Herz vor Kummer brechen kann, daß einem Menschen vor Ärger die Galle überläuft, daß er sich gelb ärgert. Es sei hier nur einiges kurz erwähnt, was ich in der Broschüre „Über seelisch bedingte echte Organerkrankungen" niedergelegt habe. Die starke und falsche Inanspruchnahme des Gefäßsystems führt zu organischen Erkrankungen. In dem bekannten Lehrbuch der inneren Krankheiten von Strümpell-Seyfarth heißt es, „daß man annehmen muß, daß bei Leuten, die lange Zeit hindurch vielfach psychischen Aufregungen und Sorgen ausgesetzt waren, eine Überanstrengung des Herzens, genau so gut wie bei schweren körperlichen Leistungen, und als Folge eine Herzhypertrophie auftreten kann". Daß häufig auftretende starke Blutdruckschwankungen den Gefäßen nicht zuträglich sind, ist leicht verständlich. Der Internist O. Müller berichtet von einem Patienten, bei dem der Blutdruck durch eine einfache, von jedem Arzt ausführbare Psychotherapie von 250 auf 150 mm Hg. gesenkt wurde; das Lungenödem und das Eiweiß verschwand. Müller sah den Mann nach einigen Jahren wieder und hat ihn bei einem Blutdruck von 130 mm gesund gefunden; nur die Herzhypertrophie war nicht ganz zurückgegangen.

Sehr interessant ist die Feststellung des bekannten amerikanischen Hirnoperateurs Cushing, daß Magengeschwüre bei Überreizung des Mittelhirns entstehen; er folgert daraus, daß in der Gegend ein vasosympathisches, also neurovegetatives Zentrum liegen muß. Bergmann nimmt an, daß die Magengeschwüre durch Spasmen entstehen. Da wir, wie ich schon sagte, wissen, daß das sympathische Nervensystem eng mit der Psyche verbunden ist, da uns ferner bekannt ist, daß Spasmen meist durch seelische Störungen hervorgerufen werden, so dürfte es keinem Zweifel unterliegen, daß die Entstehung des Magengeschwürs meist eine sehr beträchtliche psychische Komponente hat. Das stimmt auch mit der Erfahrung überein, daß in erster Linie die Menschen Magengeschwüre bekommen, die an einer erkennbaren oder verkappten Neurose leiden.

Der Verlauf der Infektionskrankheiten, vor allem der Tuberkulose, wird stark durch die Psyche beeinflußt, was jedem einleuchten wird. Weniger glaubhaft könnte im ersten Augenblick die Behauptung erscheinen, daß auch für die Ansteckung die Psyche nicht gleichgültig ist; und doch: die Widerstandskraft des Organismus hängt nicht nur von der körperlichen, sondern auch von der seelischen Konstitution ab, was bei Epidemien deutlich zutage tritt.

Nachdem ich versucht habe, das Wesen der Neurose und ihre Wichtigkeit für das Volksganze in den wesentlichsten Punkten andeutungsweise darzu-

legen, gehe ich nunmehr auf die Forderungen ein, die m. E. die Versicherungsträger an die Psychotherapeuten zu stellen haben.

Zuerst spreche ich über die Begutachtung, dann über die Behandlung und endlich kurz über die Prophylaxe.

Die bisherige Begutachtung nahm auf das Wesen der Neurose nie Rücksicht. Im allgemeinen wurde ein sehr genauer körperlicher Status aufgenommen, so genau, daß man, wenn man beispielsweise die verschiedenen Reflexe betrachtete, das Gefühl hatte, die Hälfte der Angaben würde auch genügen. Nachdem dann in der Begutachtung festgestellt worden war, daß keine organische Störung vorliegt, wurde mit wenigen Worten ausgesprochen, daß eine Neurose besteht. Diese Feststellung sollte genügen, um eine Entscheidung bezüglich der Arbeitsfähigkeit zu treffen.

Kürzlich wurden mir Akten über einen Fall geschickt, bei dem über eine Depression nach einem Unfall 4 Gutachten abgegeben worden waren. Zwei dieser Gutachten waren rein biologisch-psychiatrisch abgefaßt und lehnten den Zusammenhang zwischen Depression und Unfall ab. Die beiden anderen Gutachten vertraten die entgegengesetzte Ansicht. Sie waren aber in ganz allgemeinen Erwägungen gehalten. So heißt es in dem einen Gutachten unter Berufung auf die großen Erfahrungen des Gutachters: „Dabei erscheint von Wichtigkeit etwa: Die Unmittelbarkeit der psychogenen, d. h. seelischen Reaktionen im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall, die Schwere des Unfalles ist zu berücksichtigen; auch andere äußere Umstände sind zu beachten, etwa Alter, zufälliger Gesundheitszustand, die ganze Art des Unfalles, etwa, ob man ihn hat herankommen sehen oder nicht. Wesentlich ist vor allem der Ablauf der psychogenen Erscheinungen, ob sie lange anhalten, ob dieses Anhalten ein gleichmäßiges ist, wann die ersten Besserungszeichen eintreten, ob Verstärkung der psychogenen Erscheinungen nachweisbar wird, ob sich ein Rechtsstreit aus dem Unfall entwickelt, wie oft Begutachtungen stattfinden, wie lange der Rechtsstreit währt.“

Der andere Gutachter erklärt, nachdem er ein genaues Zustandsbild entworfen hat: „Gleichzeitig mit einer leichten Gehirnerschütterung hat X einen schweren Nervenschock erlitten. Sie bietet heute das Zustandsbild einer schweren reaktiven Depression mit den klassischen Symptomen, wie sie in den oben aufgeführten geklagten Beschwerden hervortreten. Patientin hat bis zu ihrer Venenentzündung, die kurz vor dem Unfall eintrat, den schwierigen Posten der Leitung des gesamten Ladengeschäftes voll ausgefüllt. Das heutige Zustandsbild, welches im krassesten Gegensatz zu einer voll leistungsfähigen Geschäftsfrau steht, ist unmöglich weder mit der Venenentzündung, noch mit der vorübergehenden Herzaffektion in Verbindung zu bringen. Am Herzen ist jetzt kein krankhafter Befund nachweisbar. Mit Sicherheit steht aber der

heutige reaktive Depressionszustand im ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall.“

Beide Gutachten sind durchaus nicht überzeugend. Wenn ein Gutachter, wie der zuerst zitierte, sich auf seine Erfahrungen, d. h. auf seine Autorität beruft, so habe ich immer den Eindruck, daß er selbst an der Überzeugungskraft des Gutachtens zweifelt. Für die Güte des Gutachtens ist nicht die Autorität des Gutachters, sondern nur die Überzeugungskraft des Gutachtens maßgebend.

Mit einer solchen Begutachtung sollte gebrochen werden.

Bei der Begutachtung sind folgende Punkte von Wichtigkeit: 1. Der Bericht über die Klagen des Patienten, der auch über die Dauer der Störung Aufschluß geben muß; 2. eine möglichst objektive Darstellung durch Dritte, z. B. bei einem Unfall durch Befragen von Zeugen, 3. eine möglichst genaue Feststellung der Heredität; es genügt nicht, wenn der Patient uns etwa erzählt, daß die Eltern gesund seien und eine Schwester an multipler Sklerose litt; es müssen zum mindesten die Eltern, Großeltern und Geschwister und, wenn möglich auch die Geschwister der Eltern und die Kinder der Geschwister des Patienten einzeln besprochen werden, und zwar nach körperlichen und psychischen Störungen einschließlich Charakteranomalien, 4. es muß ein körperlicher Befund erhoben werden, der nicht nur neurologisch sein darf, sondern auch erbbiologische und rassische Gesichtspunkte sowie das innersekretorische System berücksichtigen muß; es sind auch, wenn es notwendig erscheint, entsprechende Untersuchungen vorzunehmen, z. B. die Bestimmung des Grundumsatzes, 5. ist eine eingehende Schilderung des Vorlebens des Patienten einschließlich Kindheit erforderlich.

Auf Grund dieser Feststellungen ist die für den Versicherungsträger erforderliche Beurteilung vorzunehmen. Lassen Sie es mich an einem Beispiel schildern.

Ich fasse die Klagen und die Darstellung der Entstehung der Neurose, die von der Ehefrau und auch vom Vorgesetzten bestätigt wurden, zusammen: Der Patient ist 38 Jahre alt und Beamter einer großen Firma. Er will vor 9 Jahren einen sehr schweren Posten erhalten haben, der ihn zu sehr intensiver und langer Arbeit veranlaßte. Nach 2 Jahren trat plötzlich ein Anfall von Übelkeit, Schweißausbruch und Weinen auf. Der Patient ist der Ansicht, daß er sich überarbeitet hat und dadurch die Störung entstanden ist. Er arbeitete weiter und vor drei Jahren trat eine erhebliche Verschlechterung auf. Er hatte ein schlechtes Gedächtnis, die Depressionen wurden schwerer, er fühlte sich unsicher, die Anfälle von schwerem Herzklopfen mit Übelkeit und Schweißausbruch mehrten sich. In den folgenden Jahren setzte er mehrfach aus, doch mußte er vor einigen Monaten auf eine Stelle mit ganz einfachen

Arbeiten versetzt werden, da er in der alten Stelle vollkommen versagte. Den letzten Anfall hatte der Patient vor 10 Tagen auf der Fahrt mit der Stadtbahn von der Wohnung seiner Eltern zur eigenen Wohnung. Er brach plötzlich zusammen und mußte an einer Station aus dem Zuge getragen werden. Nachdem er eine halbe Stunde auf der Sanitätsstation gelegen und ein wenig Alkohol zu sich genommen hatte, konnte er die Fahrt fortsetzen.

Der Patient war bei vielen Ärzten gewesen, hatte alle möglichen Medikamente bekommen, auch Einspritzungen; er war auf dem Lande und in einer Heilanstalt gewesen, alles ohne Erfolg.

Die Firma hatte dem Patienten angedeutet, daß sie ihn pensionieren werde.

Bezüglich der Heredität ist Folgendes zu sagen: der Vater ist Vorarbeiter im Baugewerbe und trotz seiner 62 Jahre noch recht rüstig. Die Mutter ist seit der Geburt eines Kindes im Jahre 1899 herz- und gallenleidend. Anscheinend handelt es sich bei der Mutter um Erkrankungen, die auf psychischem Wege entstanden sind. Sie ist recht korpulent. Der Patient hatte einen Bruder, der kurz nach der Geburt starb, und eine Schwester, die 7 Jahre jünger ist als er. Diese ist nach Ansicht des Patienten vollkommen gesund, sie will bald heiraten. Vaters Mutter war eine sehr rüstige Frau, die während des Krieges sehr viel gearbeitet hat; woran sie gestorben ist, weiß der Patient nicht. Vaters Vater hat der Patient nicht gekannt; er soll ein großer, kräftiger, zäher Mann gewesen sein. Mutters Vater ist 1911 gestorben, er fiel plötzlich tot hin; Mutters Mutter starb 1907 an einer Herzerkrankung. Die Eltern der Mutter waren beide klein und dick, es waren sehr fein empfindende, liebe Menschen. Über den Gesundheitszustand der Geschwister der Eltern kann der Patient nichts aussagen, da er sie seit Jahren nicht gesehen hat.

Die körperliche Untersuchung des Patienten war sehr gründlich vorgenommen worden, bevor er zu mir kam. Er war $^3/_4$ Jahre vorher 10 Tage in einem Krankenhaus gewesen, wo die Diagnose „beginnende Herzmuskelschwäche“ gestellt worden war. Vor einem halben Jahre wurde nochmals eine Untersuchung in einem anderen, sehr bekannten Krankenhause vorgenommen, dort wurde die Diagnose „Herzneurose und konstitutionell bedingte Störung der Hypophysentätigkeit“ gestellt. Der Patient erhielt Kalziuminjektionen und andere, auf das innersekretorische System wirkende Medikamente, doch wurde kein Erfolg erzielt, wie ich schon sagte.

Nun folgt eine Schilderung des Vorlebens des Patienten. Die Erziehung verlief durchaus wohlwollend, man könnte sagen, weich; allerdings waren die Eltern auch ehrgeizig und wollten aus ihrem einzigen Sohne etwas Tüchtiges machen. Der Patient war stets gehorsam und fleißig, in der Schule war er der Erste, selten der Zweite und wurde vom Lehrer zu kleinen Handreichungen herangezogen. Bei den Schülern war er beliebt; weil er der Beste in der Klasse

war, spielte er eine führende Rolle; er hatte aber nie einen richtigen Freund. Vom Turnen und Sport war er seiner Herzneurose wegen stets befreit. Er kam in eine kaufmännische Lehre und führte sich dort sehr gut. Wegen seines Fleißes und seiner Gewissenhaftigkeit bekam er während des Krieges sehr selbständige Posten. Eine sexuelle Aufklärung erfolgte nicht. Anfang 1916 wurde der Vater eingezogen. Da er bald in den Schützengraben kam, war die Sorge um ihn sehr groß. Ende 1916 wurde der Patient selbst eingezogen; seiner Herzneurose wegen war er nicht k. v., er blieb bis zum Ende des Krieges als Schreiber in der Etappe. Er freute sich darüber, weil, wie er sagte, die Mutter seinetwegen keine Sorge zu haben brauchte. Sexualverkehr hatte der Patient nicht, da er sich schon an seine spätere Frau, die er von der Schule her kannte, gebunden fühlte. Nach dem Kriege kam er zu der gleichen Firma, bei der er gewesen war, zurück. Er arbeitete sich so empor, daß er schließlich auf einem Posten war, den im allgemeinen nur Angestellte erhielten, die die höhere Schule besucht hatten. Auf diesem Posten hatte er zeitweise Schwierigkeiten, weil er ihm doch nicht so ganz gewachsen war. Die Vorgesetzten rügten ihn hie und da, hielten aber im übrigen sehr viel von ihm, da sie sich ganz auf ihn verlassen konnten. Er konnte diese Rügen nicht vertragen, wollte sich aber auch nicht an Mitarbeiter wenden, wenn er schwierige Aufgaben zu erledigen hatte. Lieber arbeitete er bis in die Nacht hinein. So kam es, daß er vor 6 Jahren körperliche Störungen bekam, die immer stärkere Ausmaße annahmen.

Betrachten wir an Hand dieses Falles die vorher als wichtig geschilderten Punkte.

Die Klagen des Patienten waren recht erheblich; doch spielt das subjektive Befinden für die Stellung der Prognose keine besondere Rolle. Die Darstellung der Ehefrau und des Vorgesetzten stimmten mit den Angaben des Patienten überein. In der Familie des Patienten waren Geisteskrankheiten, Schwachsinn, Epilepsie, Trunksucht nicht vorhanden, soweit eine Nachforschung möglich war. In der Familie der Mutter konnten innersekretorische Störungen, die sich als Fettsucht manifestierten, festgestellt werden, dazu eine Überempfindlichkeit, die aber von psychischen, charakterlichen Anomalien nicht begleitet war, wohl aber sehr wahrscheinlich körperliche Erkrankungen hervorgerufen hat. Diese Veranlagung war auch beim Patienten vorhanden, verbunden mit einer Intelligenz, die über dem Durchschnitt lag.

Wir sehen hier eine Anlage, die zur Neurose disponiert, aber nicht unbedingt zur Neurose führen muß. Sie ist also für eine Behandlung günstig.

Die Disposition zur Neurose wurde durch die Kindheitserlebnisse ungünstig beeinflußt; die Weichheit der Mutter und der Ehrgeiz der Eltern riefen eine unbewußt stark egozentrische Einstellung bei dem Patienten hervor.

Der Beginn der Neurose fiel etwa in das 30. Jahr, der Beginn der Behandlung vor das 40. Jahr. Das Alter ist für eine Behandlung günstig, die langsame, auf Jahre ausgedehnte Entwicklung durchaus nicht ungünstig.

Die Auslösung der Neurose erfolgte durch eine falsche Verwendung des Patienten seitens seiner Firma. Die Versetzung in eine untergeordnete Stelle behob die Neurose nicht. Der Erfolg blieb versagt, weil der Ehrgeiz des Patienten eine derartige Versetzung nicht ertragen konnte.

Wer in der Lage ist, diese Beurteilung anzustellen, muß zu der Überzeugung kommen, daß die Prognose bei einer richtigen Behandlung günstig und eine Pensionierung gänzlich unangebracht ist.

Ich bin mir wohl bewußt, daß eine Pensionierung nichts mit der RVO. zu tun hat; ich halte es aber für ein Unrecht, wenn die einzelnen Bevölkerungsschichten mit zweierlei Maß gemessen werden. Wäre dieser Beamte ein Angestellter oder Arbeiter gewesen, so wäre die Frage der Invalidisierung bestimmt nicht aufgeworfen worden; er wäre vielmehr der Wohlfahrt zur Last gefallen. Aber auch hier hätten sich wieder Schwierigkeiten ergeben, denn die Ärzte des Arbeitsamtes hätten erklärt, der Patient sei krank und erwerbsunfähig, infolgedessen müsse er einem Versicherungsträger zur Last fallen, während die Ärzte des Versicherungsträgers den Standpunkt vertreten hätten, daß der Patient keinen Anspruch auf die Hilfe des Versicherungsträgers habe.

Dieser Zwiespalt muß gelöst werden, und er kann es nur durch eingehende Begutachtung des Neurotikers. Meiner Ansicht nach sind zu viele Neurotiker pensioniert und invalidisiert worden. Ein großer Teil wäre durch eine Behandlung arbeitsfähig geworden.

Zwei Fälle, die ich nur zur Begutachtung hatte, möchte ich noch kurz skizzieren, da sie eine Ergänzung zu dem ausführlicher dargestellten Fall geben. Nennen wir den einen Patienten, einen 59jährigen Bäcker, N., den anderen, einen Fabrikarbeiter von 58 Jahren, G.

Beide haben manches gemeinsam; trotzdem kam ich zu einem anderen Ergebnis hinsichtlich der dauernden Arbeitsunfähigkeit.

Bei N. und G. konnten keine wesentlichen Merkmale erblicher Belastung und kein körperliches Leiden, abgesehen von Alterserscheinungen, die allerdings bei N. erheblicher waren als bei G., festgestellt werden. Beide Patienten sind Ende der 50er Jahre. Beide hatten eine schwere Kindheit durchgemacht. G. verlor mit 5 Jahren den Vater durch einen Unfall, mit 14 Jahren die Mutter an einem Nierenleiden; N. verlor die Mutter mit 8 Jahren und bekam eine nach seiner Ansicht strenge und ungerechte Stiefmutter. Beide Patienten entwickelten sich zu fleißigen, gewissenhaften, stillen, aber auch recht empfindlichen Menschen. Sie hatten das Glück, in sehr gute Stellen zu kommen. N. wurde Backmeister in einer Brotfabrik; der Eigentümer schätzte ihn wegen

seiner Gewissenhaftigkeit sehr und gab ihm erhebliche Vollmacht. G. wurde Herrschaftskutscher und war bei nur wenigen vornehmen Familien immer viele Jahre; er gehörte zu dem Schlag der alten Hausangestellten, die von „wir" sprachen, wenn sie die „Herrschaft" meinten.

Nun kommen die ausschlaggebenden Verschiedenheiten im Leben von N. und G. Ersterer bekam nach 25 Jahren einen neuen Chef, der seine Vollmacht beschnitt, Neuerungen einführte und gar kein Verhältnis zu N. hatte. 8. Jahre litt N. unter diesem Zustand; er nahm immer mehr ab, alterte vorzeitig und litt unter Kopfschmerzen, Erbrechen, großer Müdigkeit und Denkstörungen. Der Vertrauensarzt erklärte N. für invalide; der zugezogene Internist war anderer Ansicht.

G. mußte, da er als Kutscher keine Stelle mehr erhalten konnte, die Arbeit wechseln; er wurde mit etwa 45 Jahren Hüttenarbeiter. Er hatte zunächst mal bessere, mal schlechtere Vorgesetzte; er lebte sich einigermaßen ein, wenn er auch stets Sehnsucht nach seinem alten Beruf hatte. Als er etwa 55 Jahre alt war, bekam er jüngere Vorgesetzte, die ihn nicht genügend achteten. Mit 58 Jahren verletzte G. sich an der linken Hand; die Blutung war stark, eine Strecksehne war verletzt. G. wurde nach dem Unfall deprimiert und ängstlich; er fürchtete z. B., ein Auto könne ein Rad verlieren und das Rad könne gegen ihn rollen. Der mir bekannte Chirurg konnte sich nicht denken, daß ein so treuer, gewissenhafter, charakterlich wertvoller Mensch eine Neurose bekommen kann; er war nämlich, wie so viele, der Ansicht, jeder Neurotiker sei ein minderwertiger Mensch; er konstruierte einen Zusammenhang zwischen Unfall und psychischer Störung dadurch, daß er behauptete, der große Blutverlust sei schuld an dem jetzigen Zustand, eine Behauptung, die er als Chirurg bei einem anderen Patienten nie gelten lassen würde.

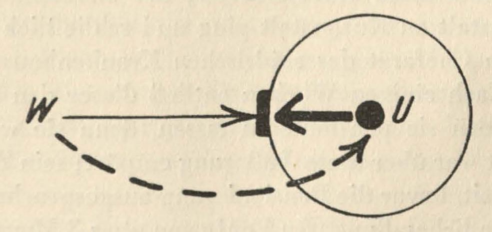
Bei N. sprach ich mich für eine Invalidisierung, bei G. für eine Behandlung aus, und zwar aus folgenden Gründen. Bei N. liegt der Beginn der Neurose 8 Jahre, bei G. einige Monate zurück. N. war wesentlich starrer, unzugänglicher als G., was nicht nur bei den verschiedenen Besprechungen zutage trat, sondern auch aus dem Verhalten der Patienten bei der Änderung ihrer Lage hervorging. N. bemühte sich nach dem Chefwechsel in keiner Weise, die Stelle zu wechseln oder dem neuen Chef gerecht zu werden. Er ging von dem Standpunkt aus: Es geschieht meinem Chef ja ganz recht, wenn ich krank werde; er trägt die Verantwortung dafür. G. dagegen schickte sich, wenn auch schwer, in seine Lage; auch in den 3 Jahren, in denen er zwei besonders unangenehme Vorgesetzte hatte, hat er kaum krank gefeiert. G. war wesentlich elastischer und aufgeschlossener als N. Nebenbei möchte ich nur bemerken, daß G. ein rheinischer Typ war, wie wir ihn in Düsseldorf und südlich finden, N. ein

westfälischer. Schließlich war bei der Begutachtung noch zu berücksichtigen, daß N. stärker gealtert war als G.

Bei G. wurde ich nicht gefragt, wer die Kosten der Behandlung tragen sollte, da ich die Begutachtung lediglich auf Wunsch des Chirurgen vorgenommen hatte. Ich möchte aber hier zu dieser Frage kurz Stellung nehmen. Meines Erachtens war der Unfall nicht die Auslösung für die Neurose; vielmehr war der Unfall das erste deutliche Symptom der Neurose, die sich in den letzten 3 Jahren entwickelt hatte. Ich habe dieses aus folgendem geschlossen: die Arbeit, bei der sich der Patient verletzt hatte, war eine ganz einfache, die er täglich mehrmals machte; ich habe sie mir genau schildern lassen. Ferner kam bei den Besprechungen zutage, daß gerade in den Wochen vor dem Unfall die Unlustgefühle und eine damit verbundene Verstimmung stärker aufgetreten waren. Wäre ich gefragt worden, hätte ich mich dahin geäußert, daß der Unfall die Neurose nicht ausgelöst habe.

Über die Behandlung gestatten Sie mir zunächst einige allgemeine Bemerkungen. Die Behandlung erfolgt in der Weise, daß das Unbewußte des Patienten aufgeschlossen wird. Es ist der einzige Weg, der zu einer gründlichen Bekämpfung der Neurose führt. Vielfach wird die Ansicht vertreten, daß bei der Heilung der Neurosen der Wille eine überragende Bedeutung habe, und daß die Ursache der Neurose in einer Willensschwäche zu sehen sei. Dieses ist nicht richtig. Schon Baudouin, der bekannnte Genfer Psychologie-Professor, hat in seinem Buch „Suggestion und Autosuggestion" 1924 behauptet: „Wenn Wille und Vorstellungskraft miteinander ringen, behält die Vorstellungskraft die Oberhand." „Im Widerstreit zwischen Willen und Vorstellung ist die Kraft der Vorstellung proportional dem Quadrat der Willensstärke."

Ich möchte Ihnen diesen Satz an einer kleinen Zeichnung demonstrieren.



Der Kreis stellt das Bewußte dar, also auch die dem Patient bewußten neurotischen Störungen; der Punkt bedeutet das Unbewußte. Gehen wir nun mit dem Willen unmittelbar gegen die Störung an, mit dem Motto: Wenn ich will, dann kann ich! — so wird vom Unbewußten eine Gegenenergie in Bewegung gesetzt, die die Kraft des Willens aufhebt. Wenn z. B. ein Patient,

der an Magenkrämpfen leidet, diese mit dem Willen bekämpfen will, so wird er keinen Erfolg haben, im Gegenteil, vielfach werden die Beschwerden noch viel stärker. Genau so ist es bei reaktiven Depressionen. Will man sie mit dem Willen bekämpfen, so spürt man die Unzulänglichkeiten und gerät dadurch nur noch tiefer in die Depression hinein.

Anwendbar ist zur Behebung neurotischer Symptome Suggestion, Hypnose und Ablenkung. Aber diese fassen das Übel nur an der Oberfläche und nicht an der Wurzel an. Es ist genau so, wie wenn bei einer fiebrigen Erkrankung das Fieber mit einem Antipyreticum bekämpft wird. Anders liegt der Ansatzpunkt bei der tiefenpsychologischen Behandlung. Sie besteht in einem Aufdecken des Unbewußten und einer wertvollen Umstellung. Ob ein Patient sich zu dieser Behandlung entschließt oder nicht, ist von seinem Willen abhängig. Es ist also nicht so bei der Behandlung der Neurose, daß der Wille ausgeschaltet wird; er wird lediglich an einer anderen Stelle eingesetzt. Es muß der Wille zur Genesung, zur Arbeit und darüber hinaus der Wille zur Selbsterkenntnis und zum Neuaufbau vorhanden sein. Aus diesen Erfordernissen sehen Sie, wie wichtig es ist, daß die Charakteranlage des Patienten gut ist, wenn man eine Heilung der Neurose erzielen will.

In den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist auch von Wille und Vorstellung, Bewußt und Unbewußt die Rede. Es heißt z. B. in der Entscheidung Band 23, Seite 74, daß eine Invalidität im Sinne des § 1255 RVO. nicht vorhanden ist, wenn der Kläger weiß, daß seine Hemmungen nicht körperlicher Art sind, sondern nur in Vorstellungen und Wünschen ihren Grund haben. Das Wissen ist etwas, was dem Patienten bewußt ist; wenn der Arzt einem Patienten sagt, daß seine Störungen auf Vorstellungen und Wünschen beruhen und nicht körperlicher Art sind, und der Patient dieses dem Arzt nicht glaubt, so kann man nicht bei dem Patienten von einem Wissen sprechen. Ich entsinne mich eines Lehrers, der anderthalb Jahre von Arzt zu Arzt, von Kuranstalt zu Kuranstalt ging und schließlich auf Veranlassung seiner Behörde vom Chefarzt des städtischen Krankenhauses untersucht und behandelt wurde. Nach einigen Wochen entließ dieser den Patienten mit den Worten: „Wir werden sie pensionieren lassen, denn sie wollen ja nicht arbeiten!“ Der Patient war über diese Äußerung empört; sein Zustand verschlimmerte sich. Kurze Zeit, bevor die Pensionierung ausgesprochen wurde, kam der Patient zu mir in die Behandlung. Im Laufe von etwa 3 Monaten gelang es, das Unbewußte soweit aufzudecken, daß der Patient folgende Einsicht bekam: Ich weiß, daß ich 56 Jahre alt bin und daß in diesem Alter leicht Störungen, wie Gedächtnisschwäche auftreten; ich weiß, daß ich so ehrgeizig war, daß ich mir meinen Mitarbeitern und Schülern gegenüber keine Blöße geben wollte, daß ich also unbewußt eine Störung hervorgerufen habe, damit ich

nicht unterrichten mußte, weil ich nicht mehr genau so gut wie bisher unterrichten konnte; ich weiß, daß dieser Standpunkt falsch ist; ich weiß, daß es in meinem Alter notwendig ist, manchmal das Gedächtnis zu unterstützen, daß dieses meine Mitarbeiter und Schüler erfahren dürfen; ich weiß, daß ich der Stadt und der Volksgemeinschaft geschadet habe, dadurch, daß ich unbewußt Störungen hervorgerufen habe, um auf diese Weise dem Unterricht aus dem Wege zu gehen. — Diese Erkenntnisse führten dazu, daß der Patient innerhalb eines weiteren Monats die Störungen fast ganz überwand und wieder voll arbeitsfähig wurde. Der Rest der Störung, leichte Kopfschmerzen und ganz geringer Schwindel, waren m. E. nicht psychisch, sondern organisch bedingt. — Nach 3 Jahren erfuhr ich von ihm, daß er noch immer mit Freuden unterrichte. — Dieses Beispiel habe ich Ihnen geschildert, um Ihnen zu beweisen, daß das Wissen bei einem Neurotiker nur durch Aufdecken des Unbewußten erfolgen kann. Es würde also in dem vorliegenden Falle nach der oben angeführten Entscheidung Invalidität vorliegen, da der Patient sich nicht bewußt war, daß seine Krankheit ihren Grund nicht in seinem körperlichen Zustand, sondern lediglich in seinen wunschbedingten Vorstellungen hatte. Diesen Standpunkt hatte, allerdings unter Protest, auch der Krankenhausarzt und unter seinem Einfluß auch der Kreisarzt vertreten, denn sie wollten den Patienten pensionieren lassen.

Wie Sie aus meiner Schilderung ersehen, wäre eine Invalidisierung, bzw. Pensionierung zu Unrecht erfolgt, da die Erkrankung heilbar war.

Wenden wir uns nunmehr einer etwas eingehenderen Betrachtung der Behandlungsweise zu, und zwar an dem zuerst geschilderten Fall, dem Beamten, der als Volksschüler in eine gehobene Stellung kam und langsam, im Laufe von Jahren, immer schwerer neurotisch erkrankte.

Um in das Unbewußte einzudringen, benutzt man am besten Träume, da diese aus dem Unbewußten kommen. Die meisten, besonders die für uns wichtigen Träume, stellen ein Bild dar, das erst geklärt werden muß; dieses geschieht durch Assoziationen, d. h. der Patient gibt auf den Traum oder Teile des Traumes Einfälle, die aus dem Unbewußten aufsteigen. Der erste Traum, den unser Patient brachte, war folgender: Der Patient ist auf dem Heimweg; es herrscht ein starkes Schneegestöber; er verliert den Weg; schließlich hört er eine Stimme, die ihm den Weg weist. Die Assoziationen, die der Patient brachte, waren folgende: „Schneegestöber, weiß, — ich habe weiß nicht gern, es ist zu grell, es beruhigt nicht, und das Schneegestöber bedrückt mich, wie all das Unruhige in der Arbeit.“ Auf das Nichtfinden des Weges assoziierte er: „Ich habe ein großes Gefühl der Unsicherheit, im Traum war es der Weg, den ich schon so oft gegangen bin, früher hatte ich einen vorgeschriebenen Weg, jetzt bin ich schon ganz durcheinander. Ich weiß nicht, was

ich machen soll." Auf das Wegweisen durch die Stimme assoziierte er: „Die Stimme sagte: ‚Du mußt links gehen.' Links liegt das Herz; ich bin so unselbständig, früher konnte ich alles selbständiger tun, aber jetzt ist es so schwer." Einige Tage später kommt der Patient mit folgendem Traum: Seine Frau sagte ihm, er solle zur Tür gehen, es sei jemand draußen. Der Patient erwiderte der Frau, er könne nicht gehen, sie solle gehen. Die Frau stand auf, dann hörte er, wie sie aufschrie. — Der Patient war durch diesen Traum sehr erschrocken. Er fühlt seine grenzenlose Hilflosigkeit und seine schlappe Haltung. Eingehend wurde mit ihm auf diesen Traum hin das Vorleben besprochen, teils durch bewußte Unterhaltung, teils durch Assoziationen. Auf diese Weise kam der Patient zur Erkenntnis, daß auch seine Haltung im Kriege durchaus falsch gewesen ist; er sah ein, daß er in Wirklichkeit nicht aus Sorge um die Mutter in der Etappe geblieben sei, sondern daß er sich, ohne daß es ihm klar geworden sei, mit diesem Grund beruhigt habe, tatsächlich habe er Angst vor der Front gehabt und sei deswegen Musterungen aus dem Wege gegangen. Auf Grund dieser Erkenntnis, die durch neue Träume noch geklärt wurde, sah der Patient ein, daß er auf der einen Seite ein sehr ängstlicher, auf der anderen Seite ein sehr ehrgeiziger Mensch war, daß diese Einstellung durch seine Erziehung, die zwar gut gemeint, aber doch falsch war, hervorgerufen worden war, und daß es notwendig sei, daß er eine andere Einstellung zum Leben gewinne. Diese Erkenntnis und die Umstellung zum Leben gelang in einigen Monaten. Der Patient wurde voll arbeitsfähig in seinen Beruf entlassen. Sie sehen an diesem Patienten, ebenso wie an dem Lehrer, von dem ich kurz sprach, daß große Summen für Neurotiker ausgegeben werden, ohne jeden Erfolg, und daß es unbedingt notwendig ist, diese Kosten herabzusetzen, die Neurose durch eine geeignete Behandlung zu beheben.

Besonders kostspielig ist die Behandlung in Heilanstalten; dazu ist folgendes zu sagen. Die Schlußberichte die für die Versicherungsträger von den Heilanstalten ausgestellt werden, beziehen sich durchweg lediglich auf die körperliche Besserung. Die ambulant arbeitenden Nervenärzte machen immer wieder die Erfahrung, daß diese Besserung überhaupt nur eine Scheinbesserung ist, jedenfalls nur kurze Zeit anhält. Infolgedessen ist im allgemeinen die Behandlung einer Neurose in einer Heilanstalt unnötig; oft ist sie sogar schädlich, da der Neurotiker Zeit hat, über seine Störungen zu sprechen und über sie nachzugrübeln. Die Neurotiker, die arbeitsfähig sind, werden am besten nach Schluß ihrer Arbeitszeit behandelt. Nur in Ausnahmefällen ist eine Heilanstalt angebracht, und zwar dann, wenn das häusliche Milieu so ungünstig ist, daß eine erfolgreiche Behandlung dadurch in Frage gestellt ist. Allerdings muß dann von den Ärzten der Heilanstalt verlangt werden, daß sie geschulte Psychotherapeuten sind und Zeit genug haben, Psychotherapie zu

treiben. Als Beispiel für eine erfolgreiche Heilanstaltsbehandlung sei folgendes kurz erwähnt:

Eine Frau leidet an schweren Depressionen, die Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen haben. Sie lebt mit ihrem Mann im Haus der Schwiegereltern. Ständig kommen Reibereien vor, außerdem leidet die Patientin sehr darunter, daß sie ihrem Manne nicht gesagt hat, daß sie vor der Ehe Syphilis gehabt hat. Diese Patientin wurde von mir in ein Sanatorium geschickt, dessen Arzt Psychotherapeut ist. Der Arzt wurde gebeten, von der Frau die Erlaubnis zu erwirken, daß der Arzt mit dem Ehemann über die syphilitische Erkrankung sprechen durfte. Die Lösung dieser Frage war bei ambulanter Behandlung nicht möglich, da auch dem Psychotherapeuten die Reaktion des Mannes auf die Eröffnung im voraus nicht bekannt war. Es war also notwendig, die Ehefrau mit ihrer schweren Depression vor den unter Umständen auftretenden Heftigkeiten des Ehemannes zu schützen; in einer Heilanstalt war das sehr gut möglich. Die Unterredung des Arztes mit dem Ehemann verlief über Erwarten günstig; dadurch trat eine erhebliche Besserung bei der Patientin ein. Sie wurde aus der Heilanstalt entlassen und nunmehr zur tiefenpsychologischen Behandlung mir überwiesen.

In diesem Falle genügte die Lösung des aktuellen Konflikts nicht, wenn auch eine erhebliche Besserung eintrat. In einer großen Zahl von Fällen wird diese Lösung genügen.

Zum Schluß gestatten Sie mir noch wenige Worte über die Prophylaxe. Ein ganz besonderes Interesse müssen die Versicherungsträger daran haben, daß die Neurosen im Keim erstickt werden. Sie müssen sich dafür einsetzen, daß, wie auch der Reichsärzteführer wünscht, wieder der Hausarzt geschaffen wird, daß dieser auf die Erziehung des Säuglings und Kleinkindes einen großen Einfluß gewinnt. Die Versicherungsträger müßten sich dafür einsetzen, daß der Hausarzt gründlich für seine Aufgabe schon auf der Universität ausgebildet wird, d. h. daß er, wie es vor 1880 üblich war, sich in den vorklinischen Semestern mit Psychologie beschäftigt, und daß er später in die Psychotherapie eingeführt wird, denn ein großer Teil der Neurosen könnte vermieden werden, wenn weniger Erziehungsfehler gemacht würden.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes:

1. Die Neurose ist weder eine rein biologische noch eine rein psychologische Störung; sie kann nur vom psychologisch-biologischen Gesichtspunkt aus richtig erkannt werden.
2. Die Begutachtung der Neurose kann nur auf Grund der Kenntnis des Wesens der Neurose erfolgen. Dieses muß im Gutachten dargelegt werden, so daß sich der Richter ein genaues Bild von der Störung machen kann.

3. Aus dem Gutachten muß der Versicherungsträger erkennen können, ob für ihn eine Verpflichtung besteht.
   a) Die Krankenkasse muß erfahren, ob eine Behandlungspflicht besteht, ob es zweckmäßiger ist, wegen Aussichtslosigkeit der Psychotherapie eine symptomatische Behandlung bis zur Aussteuerung vorzunehmen oder ob es sinnvoll ist, im Interesse des Volksganzen und des Patienten Psychotherapie vornehmen zu lassen.
   b) Die Landesversicherungsanstalt und die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte müssen erfahren, ob bei einem Neurotiker eine in Aussicht stehende oder schon vorhandene Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapie behoben werden kann oder ob ein anderer Weg eingeschlagen werden muß. Dieser andere Weg kann in einer Invalidisierung bestehen oder darin, daß sowohl Heilverfahren als auch Invalidisierung abgelehnt werden, der Patient sich also selbst überlassen bleibt. Welcher Weg eingeschlagen wird, hängt ganz von dem Wesen der Neurose ab.
   c) Der Träger der Unfallversicherung muß erfahren, ob die Neurose mit dem Unfall in Zusammenhang steht; auch diese Frage muß klar und deutlich aus den Darlegungen des Gutachters hervorgehen.
4. Es ist unbedingt erforderlich, daß Neurosen möglichst früh behandelt werden.
5. Eine Prognosestellung ist auf Grund einer sehr exakten Anamnese und einiger weniger psychotherapeutischer Sitzungen möglich; doch ist sie, wie bei jeder anderen Erkrankung, nicht unbedingt zuverlässig; die Dauer der Behandlung wird vor allem beeinflußt durch die Aufgeschlossenheit oder Verschlossenheit des Patienten.
6. Prophylaxe ist wichtiger als Therapie. Sie muß im frühesten Kindesalter einsetzen. Träger der Prophylaxe kann nur der Hausarzt sein. Er muß psychologisch und psychotherapeutisch geschult sein.

Diskussion (gekürzt)[1]

J. H. Schultz: Ich halte die Ausführungen von Herrn Göring für uns für sehr bedeutsam und möchte besonders unterstreichen: 1. Das Problem der Prophylaxe, 2. die klare Herausarbeitung des Gesichtspunktes, daß unsere Patienten nicht in durchschnittliche Heilanstalten gehören; vor 15 Jahren habe ich an einem therapeutischen Werk als Mitarbeiter mitgewirkt und mich dahin geäußert, daß solche Patienten nicht in Sanatorien unterzubringen sind, weil

[1]) Die Diskussion fand am gleichen Tage abends im Deutschen Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie statt.

die Fälle auf diese Weise verschleppt werden; das wurde aufgegriffen, ein Verfahren eröffnet und durchgesetzt, daß der Passus gestrichen wurde.

Das, was Herr Göring sagte, angelt um ein Problem, das uns hier in verschiedenen Terminologien zusammenführt. Wir müssen in kurzer, präziser Form das Wesen der Neurose charakterisieren, und da wiederhole ich das Thema der Grundtypen der Neurose:

Exogene Fremdneurosen = Fürsorge,
Psychogene Randneurosen = kleine Psychotherapie,
Psychogene Schichtneurosen = mittlere Psychotherapie,
Charakterogene Kernneurosen = Tiefenpsychotherapie.

Wir wissen, daß die Symptomatologie unwichtig ist, daß diese äußeren Manifestationen von vollkommen verschiedenen inneren Aufbauten getragen werden. Lassen Sie mich die therapeutischen Konsequenzen kurz schildern: Zuerst das Kind der psychopathischen Mutter; es wird neurotisiert von fremder Seite: Fremdneurose. Es gibt für diese Neurose nur einen nichttherapeutischen Weg, nämlich die Fürsorge; man muß das gefährdete Kind der Neurosequelle entziehen. In manchen Fällen wird das nicht gelingen, und man wird vor einer der Situationen stehen, wo heilbare Reaktionen durch Ungunst der Umstände unheilbar werden. Man muß also die Umstände aufzeigen, die dazu führen.

Andere Neurosen entwachsen einer Angewöhnung. Die Entstehung ist wie die Symptomatik mehr eine gedächtnismäßige. Die Neurosen sitzen mehr am Rande der Persönlichkeit, mehr außen angeklebt; sie fließen nicht von außen her, sondern aus dem Bereich, das man früher die Physis nannte. Diese Art Neurosen fordern keine Aufschließung des Unbewußten, sondern mehr ein Abgewöhnen; hier ist das Feld, wo wir mit entwöhnenden, autoritativen Maßnahmen konsequent Erfolge haben —, psychogene Randneurose = kleine Psychotherapie.

Drittens gibt es Neurosen, die die Klinik psychogen nennt, Reaktionen neurotischer Art, die entstehen durch Kummer, Not, Neid, Sorgen und durch den Alltagskampf des Lebens usw. Diese spielen sich in den mittleren, einfühlbaren Schichten der Persönlichkeit ab, wir sprechen darum von Schichtneurosen, und diese sind mit der mittleren Psychotherapie greifbar; wir können sie mit Belehrung, Zuspruch, Beratung wieder ins Gleichgewicht bringen, eventuell Änderung der Umwelt usw.; meist werden wir die Erkenntnisse der Tiefenpsychologie mit hinneinnehmen. Im allgemeinen liegen diese Neurosen in einem Arbeitsbereich, der auf 3 bis 4 Monate zu berechnen ist, vielleicht ist ein halbes Jahr nötig, oft auch nur 14 Tage, besonders wenn man es versteht, aus dem Kranken einen aktiven Mitarbeiter zu machen.

Diese Neurosen, die hier angedeutet sind, würden in der jetzt zu erhoffenden Arbeit mit den Versicherungsträgern Berücksichtigung finden; es sind solche mit guten Prognosen. Man kann sie „haben" und im ganzen ein gesundes Dasein führen.

Das wird anders, wenn wir von Kernneurosen sprechen, von dem, das sich ungefähr deckt mit dem Begriff des Psychopathen. Zwangsneurosen, schwere Triebanomalien, schwere Grenzfälle zum Zyklothymen und sicher auch manche — ich bin da sehr skeptisch — Kriminelle, jedenfalls eine große Schar von Menschen, wo nicht einfach durch erbliche Ungunst ein Lebensschicksal entgleist und in Lebensniederungen geht, sondern wo dieses Entgleisen, dieses Fehlsein, Falschsein, durch frühere schwere Schädigungen der Persönlichkeit begründet ist. Diese Neurosen haben nahe zu tun mit dem, was man Charakter nennt —, charakterogene Kernneurosen = Tiefenpsychologie; und dieses ist eine Arbeit, die nicht mehr nach Wochen und Monaten, sondern nach Jahren gerechnet werden muß; es ist wie bei einem Menschen mit einer vollkommen verbogenen Wirbelsäule, der jahrelang turnen muß, um das Gleichgewicht zu erreichen.

Ich glaube, daß wir zwischen den Kern- und den anderen Neurosen einen Strich zu ziehen und zu sagen haben: diese letzteren Fälle scheiden für die augenblickliche Auseinandersetzung mit den Versicherungsträgern aus; wir beschränken uns auf die drei zuerst genannten Gruppen, die man „haben" kann. — Ich bin gewöhnlicher Lauf-Nervenarzt und sehe viel Publikum; ich glaube eine gewisse Übersicht über die Statistik zu haben und würde annehmen, daß die exogenen Fremdneurosen, psychogenen Randneurosen und psychogenen Schichtneurosen etwa 70 bis 80% ausmachen und daß die charakterogenen Kernneurosen mit etwa 20% anzusetzen sind. Dabei rechne ich in die 20% 10 bis 15% mit hinein, bei denen auch die Erbmasse sehr fragwürdig ist, also die konstitutionellen Psychopathen; bei diesen wird man kritischerweise nicht an eine Arbeit herantreten. Also wir dürfen hoffen, bei 80% bei einer kurzen, aber sachgemäßen Arbeit Heilerfolge gründlicher Art zu haben; von den übrigen 20% werden wir etwa 3 bis 4% retten können und einen erheblichen Prozentsatz verloren geben müssen.

Ein Beispiel: wir bekommen eine abgezehrte Beamtenfrau mit Kind und trunkfälligem Mann; die Frau ist diesem Manne ausgeliefert; hier ist es einfach aus, hier können wir nur Fürsorge treiben, zeitweise mildern; das liegt nicht an der Struktur, sondern an den ganzen Lebensbeziehungen, oder: es liegt an der Schichtung der Existenzialwerte. Es gibt Menschen, bei denen es so liegt, daß wir nicht weiterkommen, und da heißt es nun: rechtzeitig erkennen, sich klar darüber sein, daß der Sinn der Psychotherapie die frei verantwortliche Entwicklung des anderen Menschen ist, welches wir aber trennen

müssen von dem praktischen Ziel, und daß wir ganz bewußt sagen müssen: Hier müßte man eigentlich noch weitergehen, um eine Selbstfindung zu erreichen; wir führen nur eine Teilarbeit durch, müssen aber durch die Ungunst der Existenzialwerte darauf verzichten, endgültige Arbeit zu leisten.

Achelis: Ich möchte anknüpfen an etwas, das zwischen mir und Herrn Schultz besprochen wurde. Ich überwies einen Patienten in die Poliklinik, weil der Vater, der die Behandlung finanziert hatte, gestorben war; es entstand Entsetzen über den Mann. Wir kamen dann darauf, daß es gut sei, ausgesprochene Psychopathen nicht zu behandeln, weil sie wichtigeren Fällen den Raum wegnehmen und gerade im Zusammenhang von heute möchte ich vorschlagen, daß wir uns darüber klar werden, wieweit wir unseren poliklinischen Betrieb ausbauen können, daß er ein gerechtes Organ wird, und daß wir bei Einweisungen sofort die Neurosen der ersten 3 Gruppen von den Psychopathien trennen. Je mehr sich die Arbeit lohnt, je mehr Fälle werden wir bekommen, wo eine soziale Arbeit im besten Sinne geleistet werden kann. Das, was hier gemeint ist, ist etwas, das nach außen nicht in Erscheinung tritt; ich würde es für wichtig halten, wenn durch Vorträge usw. die kommende Ärztegeneration darüber aufgeklärt würde, was der Tatbestand „Neurose“ bedeutet, wie man von außen sich da einfühlen kann; wir müssen versuchen, unsere Kurse und unsere Poliklinik so zu gestalten und auszubauen, daß die heranwachsenden jungen Ärzte nach und nach begreifen können, was wir wollen.

Göring: Zu Herrn Schultz möchte ich sagen: Ich glaube, daß bei jeder Neurose eine mehr oder weniger erhebliche erbliche Belastung vorliegt, am stärksten bei den Kernneurosen. Ich stimme Herrn Schultz bei, wenn er wünscht, daß die schweren Psychopathien nicht zur Behandlung zugelassen werden. Dagegen ist Herrn Achelis zu antworten, daß wir die für eine, wenn auch lange Behandlung aussichtsreichen Fälle annehmen müssen; denn erstens sind unter ihnen oft recht wertvolle Menschen; zweitens müssen unsere Ausbildungskandidaten lernen, schwere Fälle zu behandeln.

Schultz: Ich glaube, daß ohne eine erbliche Eignung überhaupt kein Mensch eine Neurose bekommt. Ich glaube, wenn ein Kind ganz gesund ist, bringt die Mutter es nicht fertig, aus dem Kinde einen Neurotiker zu machen und daß für alle diese Neurosen der Erbfaktor die Voraussetzung ist. Kernneurose bedeutet nicht: im Kern faul, sondern: die Struktur sitzt im Innersten des Wesens. Wir verdanken ja gerade da Schultz-Hencke wichtige Einblicke in die Kinderpsyche. Sicher wohnen in diesem „Hotel zur Kernneurose“ sehr viele wertvolle Menschen, und es ist ganz bestimmt die Aufgabe eines Instituts und eines Psychotherapeuten, sich intensivst um diese zu kümmern. Die Trennung der Kernneurosen von den übrigen war nur für die Versicherung gemeint. Ich habe einmal einen jungen Mann nackt und mit Kot beschmiert

aus der Zelle geholt; ich habe mich zu ihm gesetzt. Ich fragte mich, was geschieht hier? Was erlebt er? Er tat alles das, was einem wohlerzogenen Menschen verboten ist. Es war der hundertprozentige Protest gegen alles das. Ich fragte ihn: „Ist Ihnen denn soviel verboten worden?" Er hörte einen Augenblick auf und unterhielt sich eine Viertelstunde lang sinngemäß; er berichtete besonders über große Schwierigkeiten seiner Kinderzeit, besonders gegenüber seiner zwangsneurotischen Mutter. Nach einer Viertelstunde fiel er wieder in sein psychotisches Verhalten zurück. Nach dieser Beobachtung wurde dem Onkel des Kranken, einem Kollegen, dahin Auskunft gegeben, es bestände die Möglichkeit, mit Psychotherapie anzuknüpfen. Eine 3 Jahre lange intensive, später sich mehr und mehr auflockernde psychotherapeutische Tiefenarbeit ließ aus diesem Schwerkranken einen praktisch völlig gesunden Menschen werden, der in den letzten Jahren für eine große künstlerische Leistung ausgezeichnet wurde. Der Mensch mit der Kernneurose ist charakterologisch schwer verbildet, und hier ist eben die jahrelange Arbeit nötig.

Boehm: Ich möchte Stellung nehmen zur Frage, ob eine schlechte Erbanlage immer zur Neurose führen muß. Ich glaube, daß diese Frage nicht so ohne weiteres zu entscheiden ist, sondern wir werden uns mit den Erbbiologen gründlich ins Benehmen setzen, die Fälle durchstudieren und die Umwelteinflüsse auch hineinfügen müssen. Eine andere Frage: Wer eignet sich für eine Behandlung? Wenn ein Patient uns erzählt, daß er in seiner Kindheit schwer gelitten, daß er bei Vater und Mutter nicht Fuß gefaßt habe, dann wissen wir: das wird lange dauern. Noch einige Worte zum Problem der Prophylaxe; damit sprechen wir für die zukünftigen Generationen. Ein Beispiel für die Wichtigkeit der Prophylaxe: An dem von mir früher geleiteten Institut hatten wir den Fall eines fünfjährigen Mädchens; es machte einen fast idiotischen Eindruck, konnte nicht bis 3 zählen, die einfachsten Spiele verstand es absolut nicht; es besaß ungefähr die Entwicklung eines $1^1/_2$jährigen Kindes. Die Mutter war eine ostpreußische Magd, hatte sich um Erzeuger und Kind, das in Fürsorge war, nicht gekümmert; die Pflegeeltern wurden zwei- bis dreimal gewechselt. Die Magd heiratete einen Mann, der sich nicht für das Kind interessierte; aber sie fühlte sich verpflichtet, das Kind zu sich zu nehmen; sie kümmerte sich aber gar nicht um das Kind, sondern ließ z. B., wie die Fürsorgerin feststellte, wenn sie fort mußte, das Kind 5 Stunden lang auf dem Töpfchen sitzen. Natürlich ist die Intelligenz des Kindes überhaupt nicht entwickelt worden; wäre das Kind nicht zu uns gekommen, wäre es vielleicht kriminell geworden, es hätte nicht Hunderte, sondern Zehntausende gekostet durch Fürsorgeschulen, Heilanstalt usw. Wir haben das Kind auf eine geeignete Kinderstation gelegt; in 7 Monaten hatte es die seinem Alter ent-

sprechende Intelligenz vollkommen erreicht und sich dann im Erziehungsheim vollkommen normal entwickelt.

Wenn man das Glück hat, Menschen so früh in die Hände zu bekommen, kann man etwas für sie tun; die meisten sind aber schon jahrelang krank; darum müßten die Eltern vor allem darüber aufgeklärt werden, wie man Kinder richtig erzieht. Durch Beobachten von statistischem Material müssen wir uns sagen, daß die schwersten Neurosen diejenigen Menschen haben, welche eine ganz unglückliche Kindheit gehabt haben; man kann fast sagen: Je unglücklicher die ersten 3 Lebensjahre eines Menschen gewesen sind, desto schwerer ist seine Neurose; es erscheint mir ganz ungeheuer wichtig zu sein, daß man sich immer wieder sagt, daß nur in einer gesunden Ehe ein Mensch wirklich gedeihen kann.

Achelis: Ich möchte noch einige Worte zu dem Thema Heredität sagen. Es ist gar keine Frage, daß dieses Problem immer stärker von uns bearbeitet werden muß und ich glaube, wir können getrost annehmen, daß wir, wenn wir die Fälle schwerer Kernneurosen durchforschen, in einem großen Prozentsatz eine ungeheure erbliche Belastung werden feststellen können, und damit wird es leicht dahin kommen, daß man auf Grund dessen sich zu einem Werturteil gedrängt fühlt; dieses Werturteil ist aber mit großer Vorsicht aufzustellen. Durch die Forschung von Lenz ist es dazu gekommen, daß wir den Begriff Psychopathie immer mehr angewendet finden auf Sachverhalte, wo ausgesprochen wertvolle und überdurchschnittlich begabte Menschen in dem bezeichneten Sinne biologisch belastet sind, und wenn man sich die Erbforschung im Detail ansieht, wie Friedrich Curtius es tut, kann man feststellen: es liegt ja so, daß es kaum einen Fall gibt, wo es nicht möglich ist, noch und noch etwas zu finden, wenn man genau hinsieht. Wir müssen auch eine begriffliche Scheidung durchführen, unterscheiden zwischen Psychopathien und Neurosen.

Künkel: Einiges zum Praktischen: Die Frage der Gruppentherapie. Sie wissen, daß wir Versuche in der Richtung unternommen haben; anderswo sind auch Versuche gemacht worden, Material ist zusammengetragen, um weiter daran zu arbeiten. Ich glaube sagen zu können, daß bei Trinkern und Schlaflosen die Gruppentheorie einen etwas weiteren Raum einnehmen kann als die meisten Kollegen zugeben werden. Es gehört natürlich Einzeltherapie dazu, am Anfang und auch später; aber dazwischen sind immer wieder Zeiträume, wo man in Gruppen ganz gut weiterkommen kann. Wenn wir die Möglichkeit hätten, uns das Krankenmaterial auszusuchen und die Gruppenarbeit zu organisieren, kämen wir zu ganz schönen Resultaten, so daß die Aussichten der Fälle, die sich heilen ließen, wesentlich bessere würden. Es fragt sich, wie man die Gruppentherapie einbauen könnte in den übrigen Betrieb.

Hefter, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin, als Gast: Es dürfte interessieren, daß neurotische Erscheinungen auch dort vorkommen, wo man sie nicht vermutet: bei Sporttreibenden. Ich darf kurz schildern, wie sich das abspielt. Es handelt sich um die Wasserspringer, die von 5 bis 10 m Höhe Kopfsprünge, Saltos usw. machen, was nach Punkten bewertet wird. Da ist es so, daß eine große Zahl der Springer die Erfahrung macht, daß einmal eines Tages gewisse Leistungen auffallend nachlassen. Ein Springer macht z. B. vielleicht einen komplizierten Sprung ausgezeichnet, aber ein Kopfsprung entschwindet seiner Beherrschung. Diese Unsicherheit kann sich so steigern, daß ihm schwarz vor den Augen wird, daß er nicht mehr weiß, wo oben und unten ist —, er stürzt willenlos ab. Und hier ist es dann eben auch so: Je mehr der Wille gerichtet ist auf eine Besserung, je schlechter wird es. Aber auch hier ist es möglich, daß eben der Wille nach dem Schema von Herrn Göring angesetzt wird und das Vertrauen wieder gestärkt wird, bis die ursprüngliche Leistung wiederhergestellt ist.

KLAUS WEGSCHEIDER:
PSYCHOTHERAPIE BEI KASSENPATIENTEN

Psychotherapie bei Kassenpatienten stellt eine für die Volksgesundheit sehr bedeutungsvolle Aufgabe dar, deren Lösung in praxi aber vorerst noch auf größte Schwierigkeiten stößt. Ja, die Schwierigkeiten, die psychotherapeutischen Arbeiten in einer Kassenpraxis entgegenstehen und die, je mehr und je ausschließlicher man sich dieser Aufgabe zuwendet, sich eher vermehren, als vermindern, können manchmal kaum zu bewältigende sein. Dennoch ist die Aufgabe der Kassenpsychotherapie so bedeutungsvoll und auch so reizvoll, daß man trotz aller entgegenstehenden Hindernisse nicht vor ihr zurückschrecken darf.

Über die Wichtigkeit der Psychotherapie überhaupt im gesamten ärztlichen Aufgabenkreis dürften heute kaum mehr Zweifel bestehen. Die Psychotherapie hat sich in der fortschrittlichen Gesamtmedizin einen so festen Platz gesichert, daß sie nicht mehr wegzudenken ist. Die Grenzen, die ihr dabei gesetzt sind, entsprechen den schmerzlichen Grenzen, die unserm ärztlichen Können überhaupt gezogen sind.

In der Kassenpraxis erscheinen die Grenzen allerdings besonders eingeengt noch durch die äußeren Umstände, die ganz allgemein einer Kassenpraxis eigen sind — nämlich: viele Patienten, wenig Zeit und kleiner Honorarsatz für die Einzelleistung. Diese äußeren Grenzen sind aber ebenso geeignet, psychotherapeutische Arbeit zu erschweren, wie auch sie zu fördern und sogar

produktiv zu befruchten. Denn durch die dringende Notwendigkeit zeitlicher Einschränkung ist man zu einer strengen Auswahl der psychotherapeutisch zu behandelnden Fälle und zu einer kritischen Anwendung der psychotherapeutischen Methodik einfach gezwungen. Somit kann die Kassenarztpraxis nicht nur zu einem wertvollen Prüfstein für die seelischen Heilweisen, sondern darüber hinaus auch für die Zukunftsentwicklung der Psychotherapie von richtunggebender Bedeutung werden.

Solange Psychotherapie in der Regel noch so viel Zeit beansprucht — sehr lange Einzelsitzung von wenigstens 30 bis 60 Minuten und lange Gesamtbehandlungsdauer, die man nach Jahren, allenfalls nach Monaten berechnet — kann sie zwangsläufig nur wenigen Auserlesenen zugute kommen. Ein RVO.-Kassenpatient wird aber schon nach 6 Monaten von der Kasse ausgesteuert und verliert damit die Möglichkeit, seine neurotischen Störungen loszuwerden, sofern nicht der Opfermut des Psychotherapeuten ihm eine Weiterbehandlung unentgeltlich ermöglicht.

Der Kassenpsychotherapeut kann und darf sich mit anderen Worten — ohne deshalb von der Tiefenpsychotherapie ganz abrücken zu müssen — nicht so langwieriger Heilmethoden bedienen — von einzelnen wenigen Sonderfällen natürlich abgesehen.

Es ist ja schon einfach praktisch unmöglich, einen Kassenpatienten täglich oder auch nur drei- bis viermal in der Woche zu sich kommen zu lassen. Ebenso unmöglich ist es, einen Kassenpatienten in der Einzelsitzung länger als allenfalls 10—15 Minuten heranzunehmen, wenn draußen noch 20—30 oder mehr Patienten warten. Das kann man sich wieder nur in Ausnahmefällen und bei diesen auch nicht jedesmal leisten, sondern günstigenfalls einige wenige Male im Quartal. Das gilt auch, wenn ein Teil der übrigen Sprechstundenpatienten nur mit einer Verordnungswiederholung abgefertigt werden kann. Die nackte Schreibarbeit in einer einzigen Nachmittagssprechzeit erfordert — selbst wenn man mit einer Hilfe arbeitet —, mehr Zeit, als sich ein Nichtkassenarzt vorzustellen vermag. Dazu kommen dann noch die neuen Patienten, die ausreichend anamnestisch befragt, untersucht, beurteilt und behandelt sein wollen. Das Telephon klingelt dazwischen — man kann sich nicht jedesmal verleugnen lassen —, Atteste sind auszustellen, Anfragen der Kassen sind zu beantworten — ein Kapitel für sich — und schließlich und endlich auch noch viele andere wirklich notwendige ärztliche Verrichtungen vorzunehmen, die alle wenigstens ein Minimum an Zeit kosten. Wenn man dann noch etwa als Nervenarzt viele Patienten, oft als letzte diagnostische und therapeutische Instanz, zugewiesen erhält, über die schriftlich oder fernmündlich Bericht erstattet werden muß, dann weiß man am späten Abend, was man getan hat.

Als ich einige Zeit niedergelassen war, sagte mir einmal ein Kollege aus meiner Nachbarschaft: „Gut, daß Sie da sind! Jeder, der mich nervös macht, den schicke ich zu Ihnen. Aber wie machen Sie das denn eigentlich? Sie haben doch auch eine anspruchsvolle psychotherapeutische Privatpraxis, die Sie nicht ganz der Kassenpraxis opfern können?“ Das gerade will ich versuchen, hier darzustellen. Denn alle eben kurz skizzierten Schwierigkeiten brauchen uns nicht vor der Psychotherapie zurückzuschrecken. Hätte ich noch einmal von vorne anzufangen, würde ich heute sicher vieles anders machen. Aber ich würde wieder Psychotherapeut werden. Ich würde auch nur sehr ungern auf meine Kassenpatienten verzichten, solange ihre Zahl nicht gerade die Grenze des Möglichen übersteigt.

Wenn ich heute hier als Kassenarzt zu sprechen habe, so liegt mir besonders an einer Feststellung, die ich, um nicht mißverstanden zu werden, etwas ausführen muß.

Spricht man von Psychotherapie, so denkt man leicht nur oder in erster Linie an die sog. „große Psychotherapie“, die Tiefenpsychotherapie. Man kann diese — ohne sie in ihrem unschätzbaren Wert für Behandlung und besonders für die psychologische Forschung herabzumindern, auch rein äußerlich als die „Lang-Psychotherapie“ bezeichnen, da sie bis heute fast nur mit langen Zeitabläufen denkbar ist. Es gibt aber auch eine sog. „kleine Psychotherapie“, die man im wesentlichen besser als „Kurz-Psychotherapie“ bezeichnen kann. Diese steht allzu leicht hinter der langen Psychotherapie mehr und mehr in Vergessenheit zu geraten. Kleine Psychotherapie wird leicht zu gering — eben nur als „klein“ im Gegensatz zur großen Psychotherapie erachtet. Deshalb möchte ich die Bezeichnung „Kurz-Psychotherapie“ hervorheben, die der „Lang-Psychotherapie“ als nicht minder wichtig gegenübersteht. Gewiß kann man beide nicht voneinander trennen. Ein ärztlicher Psychotherapeut soll nach Möglichkeit beides können, elastisch sein und nicht nur Lang- oder nur Kurzpsychotherapeut sein. Gerade für den ärztlichen Psychotherapeuten liegt überhaupt die Notwendigkeit der methodischen Vielseitigkeit auf der Hand, auf die auch schon oft genug hingewiesen wurde, so von Kretschmer und J. H. Schultz.

Der Kassenarzt muß, wenn er die Psychotherapie in seinen Aufgabenkreis einbeziehen will, auf jeden Fall vorwiegend Kurz-Psychotherapeut sein. Er dient damit bestimmt nicht weniger der Volksgemeinschaft und der gesamten psychologischen Wissenschaft, als ein reiner Lang-Psychotherapeut. Die Zukunftsentwicklung der Psychotherapie wird auf die Arbeit und Erfahrung gerade des Kassenpsychotherapeuten, die heute sich noch in einem Anfangsstadium befindet, nicht verzichten können.

Neben der Lang- und der Kurz-Psychotherapie muß man aber noch eine weitere psychotherapeutische Arbeitsmöglichkeit nennen, die „fraktionierte Psychotherapie“. Diese gibt dem Kassenarzt die Möglichkeit, auch schwierigere Neurosen mit in sein Arbeitsbereich einzubeziehen, die sonst nur einer Lang-Psychotherapie zugänglich sind. Ich meine damit die Behandlung von Patienten, die zur Gesundung einen längeren inneren Umwandlungsprozeß, eine Umentwicklung durchmachen müssen, die aber die Einschaltung behandlungsfreier Intervalle zuläßt. Man behandelt solche Patienten zunächst eine Zeitlang, kurbelt sie gewissermaßen an, überläßt sie dann sich selbst, um nach einigen Wochen oder Monaten sie wieder eine Zeitlang zu behandeln usw. Eine solche fraktionierte Behandlung bewahrt den Kassenpatienten gleichzeitig vor der Gefahr der Aussteuerung, die dadurch keineswegs unrechtmäßig umgangen wird.

Voraussetzung ist allerdings — und darauf sei mit besonderem Nachdruck hingewiesen — eine klare Indikationsstellung, die ja überhaupt unerläßlich in der Psychotherapie ist, leider aber noch vielfach vernachlässigt wird. Sie ist nur dem die psychophysische Gesamtpersönlichkeit des Patienten beurteilenden Arzt, nie einem nichtärztlichen Psychotherapeuten möglich. Ich möchte nicht verfehlen, an dieser Stelle auf die wichtigen Arbeiten J. H. Schultz’ hinzuweisen, die klare Richtlinien einer psychotherapeutischen Indikationsstellung aufzeigen.

Kommen wir nun zum praktischen Teil. Dabei möchte ich, ehe ich auf die verschiedenen dem Kassenpsychotherapeuten zur Verfügung stehenden methodischen Möglichkeiten eingehe, auf die Wichtigkeit einer wirtschaftlichen, ökonomischen, Zeit und Arbeitskraft sparenden Arbeitseinteilung hinweisen. Man muß seine Kassenpraxis regelrecht organisieren nach Grundsätzen einer wissenschaftlichen Betriebsführung, wie es in der Industrie heißt.

Zunächst braucht man genügend Räumlichkeiten. Wenn ich hier meine eigene, wahrscheinlich noch keineswegs vorbildliche Einteilung, die mir aber trotz mangelhafter Wohnung ein ganz gutes Arbeiten ermöglicht, schildern darf, so habe ich neben einer Wartediele drei miteinander verbundene, genügend schallsicher abschließbare Zimmer. Dabei dient ein Raum, der gleichzeitig als zweites Sprechzimmer eingerichtet ist, zur Psychotherapie, zu psychotherapeutischen Besprechungen, Suggestivbehandlungen usw. In einem zweiten Raum nimmt während der Sprechstunden eine eingearbeitete Sprechstundenhilfe oder Sekretärin die neuen erstmaligen Patienten auf, d. h. legt ihre Karteikarten an und bereitet die Kassenpapiere vor. Eine solche Hilfskraft braucht man, wenn die Patientenziffer eine bestimmte Grenze erreicht hat, unbedingt. Sie muß auch für psychotherapeutisches Arbeiten mitinteressiert sein. Dann kann sie unschätzbare Dienste leisten, erfährt sie doch so nebenher

oft vieles, was uns die Patienten nicht direkt sagen. Soweit es ihre Zeit zuläßt, kann sie in dem gleichen Raum ärztliche Verrichtungen durchführen, wie Spritzen, elektrische Behandlungen oder Bestrahlungen vorbereiten usw. Denn man hat ja als Nervenarzt nicht nur Psychotherapie-Patienten. Patienten, die zu einer laufenden Kurz-Psychotherapie kommen, etwa zu Hypnosen, Entspannungsübungen, autogenen Trainingssitzungen, legt die Sprechstunden-Gehilfin bereits in den Psychotherapie-Raum aufs Sofa, deckt sie zu, dämpft gegebenenfalls das Licht ab, damit die Patienten sich auf die Behandlung vorbereiten und einstellen können.

Bei mir liegt zwischen den beiden genannten Räumen das Sprechzimmer für die laufende Praxis. Zwischen zwei Patienten oder während sich ein Patient aus- oder anzieht, kann ich z. B. entweder eine laufende elektrische Behandlung im Nebenraum kontrollieren oder eine Spritze verabfolgen oder im anderen Nebenraum eine Hypnose einleiten oder zurücknehmen oder einen autogenen Trainingspatienten kontrollieren. Hypnosepatienten kann ich beliebig lange liegen lassen, während ich andere Patienten im Sprechzimmer herannehme.

Auch Patienten mit neurotischen Beschwerden oder Störungen, Angstzuständen, einfachen reaktiven Verstimmungszuständen usw. soll man aus Sicherheits- und aus psychischen Gründen m. E. zu Anfang einmal eingehend untersuchen. Die Untersuchung kann schnell gehen und dabei doch eine Untersuchung von Kopf bis Fuß sein. Als Nervenarzt pflege ich fast in jedem Fall, soweit es die Zeit nur irgend erlaubt, Pupillen, Augenhintergrund, die wichtigsten Hirnnerven, Arm- und Beinreflexe, Romberg mit vorgestreckten Armen, nach Möglichkeit auch Zehenreflexe, Bauchdeckenreflexe, Knie-, Hacken- und Zeigefinger-Nasenversuch zu prüfen. Neben der Körperregion, an der Beschwerden geklagt werden, untersuche ich weiter noch das Herz, nach Möglichkeit den Blutdruck, ferner Schilddrüse und vegetatives System. Meine Sprechstundengehilfin hat vorher schon auf der Karte Größe und Gewicht eingetragen. Das Gewicht wird auch fortlaufend von ihr kontrolliert, wenn ich einen entsprechenden Vermerk gemacht habe.

Was hat eine solche verhältnismäßig eingehende, dabei meist nur wenige Minuten in Anspruch nehmende Untersuchung, zu der man übrigens die Patienten auch noch einmal gesondert in die weniger überlaufene Vormittagsprechzeit bestellen kann, mit Psychotherapie zu tun? Zunächst sichert sie uns weitgehend die Diagnose — auch bei einer Neurose. Es ist schon vorgekommen, daß man etwa eine multiple Sklerose findet, wo man zunächst eine Neurose angenommen hat. Weiterhin spart man viel zukünftige Zeit. Neurotikern gegenüber, die am Symptom kleben und immer wieder darauf zurückkommen, kann man sich eindrucksvoll jederzeit auf die anfängliche erste

eingehende Untersuchung berufen. Vor allen Dingen aber macht eine solche Untersuchung berechtigten und psychotherapeutisch wirksamen Eindruck. Wie oft hört man: „So eingehend hat mich noch keiner untersucht.“ Man schafft sich das wichtigste Fundament für jede Psychotherapie, eine wirkliche Vertrauensbasis und das schon in der ersten Beratung. Dadurch hat man oft von vornherein gewonnenes Spiel. Der Patient glaubt uns jetzt, wenn wir ihm sagen, daß seine Beschwerden nicht organisch bedingt sind, und beruhigt sich oft dadurch so weit, daß kaum eine weitere Behandlung erforderlich wird. So etwas gibt es wirklich und gar nicht so selten. Der Kassenpsychotherapeut erlebt das sogar recht oft und merkt auch, daß die geleistete Hilfe Bestand hat, daran, daß solche Patienten sich später einmal schriftlich oder durch Zuweisung von Bekannten oder Familienmitgliedern dankbar erweisen. Daß durch eine solche Erst-Untersuchung Übertragungen geschaffen werden, die psychotherapeutisches Arbeiten erschweren oder zum Scheitern bringen können, habe ich nie erlebt. Man muß sogar die Erst-Untersuchung selbst vornehmen, wenn man sich nicht der Möglichkeit, Kurzpsychotherapie treiben zu können, begeben will.

Welche psychotherapeutischen Methoden kommen nun in erster Linie für den Kassenarzt in Frage? Nach meinen persönlichen Erfahrungen: Suggestion, Hypnose und besonders das autogene Training nach J. H. Schultz, ferner Psychokatharsis und die bereits erwähnte fraktionierte Psychotherapie. Neben und in Verbindung mit einer dieser Methoden kann man aber noch eine allgemeine Psychotherapie besonders im Sinne einer Psychagogik treiben, die ich durch gemeinsame Behandlungssitzungen kassentechnisch möglich zu machen suche.

Wenn man sich einmal überlegt, daß in der Vielzahl der Neurosen bei aller Unterschiedlichkeit — doch auch so viel Gemeinsames, Ähnliches, Gleiches in der Symptomatik wie in der Psychogenie wiederkehrt, so liegt es an sich nahe, diese allgemeinen Gesetzmäßigkeiten zur Vereinfachung der Psychotherapie auszuwerten und auszunützen, etwa in Form von gemeinsamen Behandlungssitzungen, Gruppenbehandlungen, Vorträgen mit Fragebeantwortungen. Ein solches Verfahren erscheint mir besonders berechtigt bei Patienten, die man — ohne damit ein Werturteil über sie zu fällen — als psychisch, insbesondere geistig und ihrem Bildungsgrad nach, nicht allzu differenziert bezeichnen kann. Daß wir unter den Kassenpatienten mit Neurosen solche Fälle häufiger finden als in einer rein privaten psychotherapeutischen Praxis, ist ganz natürlich und leicht verständlich. Gerade solche Patienten sind aber von vornherein an sich schon gar nicht so für eine ausgesprochene individuelle Tiefenpsychotherapie geeignet. Denn eine tiefenanalytische Therapie muß beim Patienten einen höheren Grad von Einsicht und Bildsam-

keit voraussetzen — darauf ist in der Fachliteratur schon genügend hingewiesen worden. Um so geeigneter müssen demnach die übrigen Patienten für eine vereinfachte Gruppen-Psychotherapie sein. Voraussetzung ist natürlich, daß man vorher jeden Patienten ein oder mehrere Male in Ruhe allein gesprochen und exploriert hat, so daß man seine Lebensgeschichte und seelische Konfliktsituation einigermaßen kennt. Schon hierbei kann man sich die Arbeit vereinfachen, indem man dem Patienten aufgibt, einen Lebenslauf aufzuschreiben, z. B. in 3 Etappen:

1. Frühe und früheste Kindheitserinnerungen bis zum Eintritt in die Schule, Schilderung des Kindheitsmilieus, also des Elternhauses, der Familie, der Beziehungen zu Eltern und Geschwistern,
2. Schulzeit, Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern, Freundschaften usw.;
3. Berufsentwicklung und Lebensgang seit Schulentlassung.

Man kann sich auch noch Träume, besonders die stereotypen Träume zu Hause aufschreiben oder Zeichnungen anfertigen lassen.

Wenn man den Patienten genügend kennengelernt hat, kann man ihn zu den Gruppenbehandlungen oder Vortragsabenden bestellen, um ihn danach später noch einzelne Male allein zu sich kommen zu lassen. Auf diese Weise kommt man im Quartal mit wenigen psychotherapeutischen Sitzungen aus. Für die Gruppenbehandlungen braucht man dann nur die einfache Beratungsgebühr zu liquidieren.

Ich selbst habe bisher versucht, diese Art der Behandlungen gleichzeitig mit gruppenmäßigen Sitzungen und Übungen des autogenen Trainings von J. H. Schultz zu verbinden.

Fast alle zwei Monate führe ich 2—3 Kursabende durch, deren Zahl ich jetzt im Begriff bin, allmählich auf 6 auszudehnen mit je 1 Woche Abstand. Gewöhnlich haben sich zu einem Kurs 10—20, mitunter auch schon einmal mehr Patienten angesammelt. Auch einzelne Privatpatienten nehme ich in diese Kurse hinein. Am ersten Abend gebe ich eine allgemeinverständliche Einführung in das autogene Training. Schon dabei, mehr aber noch am nächsten Kursabend, versuche ich meinem Hörerkreis allgemein wichtige psychotherapeutische Erkenntnisse und Anregungen zu vermitteln.

Durchaus bewußt meiner Verantwortlichkeit in der Auswahl der dabei zu behandelnden Themen, habe ich mir bisher eine noch recht enge Beschränkung auferlegt. Mein Streben geht aber dahin, die Zahl der in gemeinsamen Vorträgen zu behandelnden Themen allmählich zu erweitern, um dadurch mehr und mehr die psychotherapeutische Einzelbehandlung, um die man auch in der Kassenpraxis nicht herumkommt, kürzer gestalten zu können.

Wenn man sich noch einmal überlegt, was man z. B. in 10 getrennt nebeneinander laufenden längeren psychischen Einzelbehandlungen in der aktiven

Behandlungsphase jedem einzelnen Patienten an Hand des von ihm bei Explorationen, beim Assoziieren und an Hand von Träumen gebrachten Materials auseinandersetzt und sagt, so wird man feststellen können, daß man verbis mutandis allen 10 Patienten in vielen Punkten immer dasselbe zu sagen hat. Hieraus müßte sich doch — wenn man sich einmal darum bemüht — vielerlei auswählen und auf einen allgemein und leicht verständlichen Generalnenner bringen lassen können, so daß man es auch einer größeren oder kleineren Gruppe von Patienten gemeinsam in Form eines Vortrages mit Aussprache nahebringen kann.

Ich selbst befinde mich noch in einem Anfangsstadium eines systematisch vereinfachten und vereinheitlichten kassenpsychotherapeutischen Arbeitens, glaube aber, daß es gelingen kann, die Not in der Kassenpraxis zu einer Tugend werden zu lassen in der weiteren Auffindung und Ausarbeitung einer Zeit und Arbeitskraft einsparenden psychotherapeutischen Methodik. Von der Anwendung auch erlaubter larvierter psychotherapeutischer Maßnahmen komme ich immer mehr ab.

Zunächst möchte ich aber kurz wiedergeben, was ich in meinen Kursabenden in Vortrag und Aussprache an allgemeinen Themen bisher ausführe.

Da korrigiere ich zunächst die falschen Vorstellungen, die mit dem Begriff der Nervenschwäche verbunden sind — leider nicht nur bei Patienten, sondern auch bei vielen Ärzten. Es ist geradezu ein Verhängnis, daß dieser Begriff immer noch als Sammeldiagnose für nervöse, neurotische Beschwerden und Zustandsbilder vom Arzt angewandt und auf dem Krankenschein vermerkt wird, den der Patient als Legitimation seines Leidens dann ausgehändigt erhält. Mit dieser Bequemlichkeitsdiagnose „Nervenschwäche“ handelt der Arzt gerade entgegengesetzt einer Psychotherapie. Er attestiert dem Patienten eine Schwäche, die meist nicht vorhanden ist, entmutigt einen schon vorher Entmutigten erst recht und lähmt ihn in seinem Bemühen, Herr seiner Schwierigkeiten, Absonderlichkeiten und Störungen zu werden. Die Folge ist nur zu oft die, daß der Patient sich mit seiner vermeintlichen Nervenschwäche abfindet und sich sagt: „Ich bin schwach, also habe ich das Recht, mich in meiner Nervosität gehen zu lassen.“ Er rächt sich damit gleichzeitig an seiner gesunden Umgebung, die er mit seinen nervösen Beschwerden, Klagen und Erscheinungen oft bis zur Verzweiflung tyrannisiert. Wieviel Mühe und Zeit kostet es, eine solche ärztliche Fehldiagnose wieder gutzumachen, sowohl beim Patienten wie auch bei seiner Umgebung. Letztere muß man überhaupt darauf hinweisen, daß sie nicht das Auftreten, sondern das Verschwinden und Ausbleiben der neurotischen Symptome mit Aufmerksamkeitszuwendung prämieren soll.

Von einer Nervenschwäche kann man vielleicht bei organischen Nervenleiden sprechen, z. B. bei einer Paralyse, bei der durch die Infektion das Nervensystem geschwächt worden ist, nicht aber bei Nervosität und Neurose. Selbst der Begriff „nervöse Erschöpfung“ sollte nur mit Vorsicht gebraucht werden. Wenn wir es wirklich einmal erwiesenermaßen mit einem Psychastheniker zu tun haben, sollte lieber ein unverständliches Fremdwort auf dem Krankenschein vermerkt werden.

Meinen Patientenhörern setze ich auseinander, daß der Nervöse in gewissem Sinne bessere Nerven hat als der nicht nervöse Mensch, sonst könnte er ja gar nicht soviel nervöse Energien nutzlos in seinen nervösen Symptomen verpuffen lassen. Wenn diese so vergeudeten Nerven-Energien zielbewußt richtig verwandt würden, könnten sie zu überdurchschnittlichen, ja zu Höchstleistungen gesunder Art führen. Das hätte uns besonders der Weltkrieg gelehrt, in dem viele, die vorher als nervöse Schwächlinge verächtlich beiseitegestanden hätten, ihr Heldentum und ihre überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt haben.

Weiter spreche ich über die Leib-Seele-Einheit und nehme dabei gegen die weitverbreitete Geringschätzung des Seelischen im Krankheitsgeschehen und Leiden Stellung. Nervös oder seelisch, also neurotisch bedingte Beschwerden werden allzuleicht mit einer verächtlichen Handbewegung als „nur eingebildet“ abgetan. Nur was offensichtlich körperlich-organisch bedingt oder begründet ist, wird allgemein anerkannt, während es als beschämend gilt, an seelischen Beschwerden zu leiden. Tatsache ist doch aber, daß z. B. bei einer Magenneurose der Patient oft mehr Schmerzen und Beschwerden wirklich spürt, als ein Magenkrebskranker. Daraus leitet sich aber für den Neurotiker keineswegs ein Recht ab, sich nun in seinen Beschwerden gehen zu lassen, vielmehr ist dies ein Grund, sich wirklich zu beruhigen, wenn ihm der Arzt z. B. sagt: „Ihr Magenschmerz ist nervös“ — oder was man besser nicht sagen sollte: „nur nervös“. Deshalb hält ihn der Arzt nicht für einen Ansteller oder Simulanten. Es würde zu weit führen, meine populären Vorträge näher wiederzugeben, deshalb mögen solche kurzen Andeutungen genügen.

Mein Ziel ist auf jeden Fall immer, dem Patienten in erster Linie dabei zu helfen, in sich die gesunden Bestände wieder zu entdecken und nutzbar zu machen — ein Grundsatz, der in der Psychotherapie oft viel zu wenig unterstrichen und dessen Bedeutung besonders von F. Mauz auf dem vorjährigen Internisten-Kongreß hervorgehoben wurde. Wir müssen den Neurotiker ermutigen und zur Leistung bringen. Wir müssen ihn auch auf die Notwendigkeit seiner Leistung und aktiven Mitarbeit in der Behandlung hinweisen. Ich pflege auszuführen: Jede Psychotherapie ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, wobei die eigentliche Leistung der Patient

zu vollbringen hat, während der Arzt ihn nur dabei begleiten kann. Jeder Nervöse und Neurotiker kann nur und muß aus sich selbst heraus gesunden. Er soll nur einmal erkennen, was er eigentlich für ein Kerl ist, trotz seiner Ängste, Hemmungen und Beschwerden.

Auf diese Zusammenhänge weise ich auch, wenn ich über Hypnose spreche, hin. J. H. Schultz hat immer wieder die psychische Vorbereitung für eine Hypnosetherapie betont, die durch solche Vorträge eingeleitet werden kann. Auch bei der Hypnose leistet der Patient, leitet der Arzt. Ich gebe gern das Beispiel von der Zusammenarbeit zwischen Orchester und Dirigent, die notwendig ist, um ein musikalisches Kunstwerk entstehen zu lassen. Die Leistung, nämlich die Musik mache dabei doch das Orchester und nicht der Dirigent. Natürlich hinkt jeder solche Vergleich, aber die Patienten verstehen.

Da für die Kurz-Psychotherapie in der Kassenpraxis Hypnose und autogenes Training zu meinen hauptsächlichen, wenn auch nicht alleinigen Behandlungsmethoden geworden sind, werden beide Methoden in meinen Kursen ausführlich besprochen. Das läßt sich leicht verbinden, weil ja das autogene Training sich aus der Hypnose ableitet. Jeder meiner Patienten besitzt auch das kleine Übungsheft über das autogene Training für 1 Mark. Für den Arzt selbst ist es aber notwendig, sich in das größere Lehrbuch zu vertiefen, möglichst auch in die ausgezeichnete Gesamtdarstellung der „Seelischen Krankenbehandlung" von J. H. Schultz.

In meinen Kursen gehe ich nun weiter ausführlich auf die heilkräftige Wirkung der Entspannung ein, wie sie z. B. durch das autogene Training erreicht wird. Ich erläutere, wie aus Spannung, Überspannung, Verkrampfung, nervöse Symptome entstehen können, daß auch Angst Ausdruck einer seelischen Verkrampfung ist, denn das Wort Angst leitet sich ja von Enge ab.

Weiterhin zeige ich etwa am Beispiel der nervösen Schlaflosigkeit die falschen Einstellungen der Nervösen und ihre Überwindungsmöglichkeiten auf. Um mich kurz zu fassen, will ich nicht alles wiedergeben, nur darauf hinweisen, daß der nervöse Schlaflose ja nicht schlaflos, sondern nur ein Schlafgestörter ist. Er ist ein Störungssucher. Er schläft ohne Schlafgefühl.

Zu korrigieren ist auch bei unseren Patienten die Vorstellung, daß man nur nach durchschlafener Nacht arbeits- und leistungsfähig sein könne. Auch auf den Ammenschlaf der Mütter kann man hinweisen, die beim leisesten Geräusch des Kindes aufwachen, durch gröbere Geräusche anderer Art aber in ihrem Schlaf nicht gestört werden.

Das weite Gebiet der nervösen Schlafstörungen, eine der häufigsten Klagen unserer Kassenpatienten, ist u. a. ein dankbares Objekt für das autogene Training. Oft lernen die Patienten schon in der 1. oder 2. Übungswoche wieder ganz von selbst schlafen und sind sehr erstaunt darüber. Regelmäßig,

wenn ich mich am 2. Kursabend nach den Wahrnehmungen der Patienten während der 1. Übungswoche erkundige, antworten mir mehrere: ich schlafe wieder.

Das autogene Training stellt überhaupt ein unentbehrliches Rüstzeug für jeden ärztlichen Psychotherapeuten dar, nicht nur als Hilfs-, sondern auch als alleinige Methode. Es ermöglicht uns sogar solche Neurosen kurzpsychotherapeutisch anzugehen, die sonst nur durch Analysen von etwa 1—2 Jahren Dauer und selbst dann nur in einem gewissen Prozentsatz gesunden. Das Hauptbeispiel hierfür stellt die Erörterungsangst dar.

Auffälligerweise findet man unter den Ereuthophoben meist besonders wertvolle Persönlichkeiten, die von Haus aus über eine eher überdurchschnittliche Vitalität neben einer besonders empfindlichen ethischen Veranlagung verfügen, durch ihre Angst deshalb besonders hart behindert sind. Der Ereuthophobe hat Angst vor dem Rotwerden im Gesicht und am Hals. Durch das autogene Training kann er lernen, die Blutwelle zu erden, also statt oben — unten in den Beinen rot zu werden. Es ist sehr bedeutungsvoll, daß eine so einfache Regulierung, die allerdings auch wenigstens ein halbes Jahr Zeit, sehr konsequentes Üben und sehr viel Geduld beim Patienten erfordert, ausreicht, um eine so schwere Neurose ohne Aufdeckung der eigentlichen Tiefen-Mechanismen zu heilen. Das ist nur möglich durch die Wiederauffindung und Reaktivierung verschütteter Wertigkeiten und Vitalität im Patienten, die sich während des autogenen Trainings offenbar ganz von selbst vollzieht.

Ein weiteres Thema, das man zur Veranschaulichung in Gruppenbehandlungen heranziehen könnte, wäre die Psychologie des Aberglaubens. Ist doch auch der Aberglauben ein neurotisches Symptom, an dem man besonders schön den neurotischen Angst-, Zwangs- und Sicherungsmechanismus demonstrieren kann. Ein Beispiel möge das kurz erläutern.

Bei Schulkindern ist es eine häufige Erscheinung, daß sie z. B. auf dem Schulweg den Zwang verspüren, auf dem Pflaster des Bürgersteiges immer auf die oder zwischen die Pflasterstriche und meist noch in einer ganz bestimmten Reihenfolge zu treten. Sie tun das z. B., um in der Schule nicht hereinzufallen. Mit anderen Worten, sie haben also Angst, oder nennen wir es in diesem primitiven Fall auch nur Furcht. Durch die Innehaltung ihrer Zwangshandlung bannen sie das Angstgefühl. Sie sichern sich damit vor der Angst. Dies wäre ein einfachstes Beispiel einer abergläubischen, neurotischen Zwangssicherung. Der tiefere, ursächliche Zusammenhang ist gewöhnlich der, daß der Schüler seine Hausarbeiten nicht gemacht hat. Anstatt zu arbeiten oder für das Nichtarbeiten die Verantwortung auf sich zu nehmen, wird, was natürlich viel bequemer ist, die Zwangshandlung als Ersatzhandlung ausgeführt, also z. B. einige Minuten zwischen die Pflasterstriche getreten. Häufig genug

wird nun das auf die Schule nicht vorbereitete Kind, nachdem es die Zwangshandlung durchgeführt hat, tatsächlich in der Schule nicht hereinfallen, was nebenbei bemerkt, das Beste und nur eine gerechte Folge seiner Faulheit wäre. Daß es ihm nun aber einmal geglückt ist, bei der nicht gelernten Schulaufgabe nicht heranzukommen, könnte Zufall sein, braucht es aber nicht zu sein. Denn durch die richtig vollzogene Zwangshandlung hat das Kind seine ursprüngliche Angst und Unsicherheit überwunden und schaut jetzt den Lehrer so ruhig und sicher an, daß dieser annimmt, es könne ja seine Schularbeiten und ein anderes ängstlich wirkendes Kind aufruft.

Ein anderes Kapitel, das sich in psychagogischer Weise vortragsmäßig abhandeln ließe, wäre das Thema: Minderwertigkeitsgefühle. Dabei wäre besonders darauf hinzuweisen, daß eigentlich niemand so ganz von Minderwertigkeitsgefühlen frei ist, daß wir alle uns tagtäglich mit unseren Minderwertigkeitsgefühlen mehr oder weniger herumschlagen und auseinandersetzen müssen. Ja, man kann sogar sagen, daß oft, je differenzierter ein Mensch ist, er um so mehr mit seinen alltäglichen Minderwertigkeitsgefühlen zu tun hat. Das hat aber einen Zweckmäßigkeitssinn; denn zwangsläufig resultiert aus dem Minderwertigkeitsgefühl ganz normalerweise ein Geltungsstreben, also eine dynamische Kraft, die uns anspornt, Leistungen zu vollbringen. Notwendig aber, um mit seinen täglichen Minderwertigkeitsgefühlen in produktiver Weise fertig werden zu können, ist das Vorhandensein eines genügenden Fundamentes an Selbstsicherheit. Beim Neurotiker, der mit seinen Minderwertigkeitsgefühlen nicht allein oder nur in falscher Weise fertig wird, z. B. auf dem Wege einer Überkompensation, pflegt das Fundament der Selbstsicherheit Lücken aufzuweisen, die mit Hilfe der Psychotherapie erst ausgefüllt werden müssen.

Diese Beispiele mögen genügen, obwohl noch eine ganze Reihe weiterer Allgemeinthemen in geeigneter Darstellungsform für Sammelbehandlungen in Frage kommen.

Wichtig ist vor allem, daß die Themen in psychagogischer, also in erzieherischer Weise zur vortragsmäßigen Darstellung gebracht werden. Denn der Arzt muß nicht nur Helfer, sondern auch Erzieher sein.

Wenn man auf diese Art und Weise versucht, neue, vereinfachte, auch für die Kassenpraxis geeignete psychotherapeutische Arbeitsmöglichkeiten auszubauen, wird man immer leichter auf die zweischneidigen Methoden der larvierten, indirekten Psychotherapie auch als Kassenarzt verzichten können. Etwa auf die Ausnutzung des bei intravenösen Kalkinjektionen auftretenden Wärmegefühls zu Suggestiveffekten: „Ich mache Ihnen jetzt eine Einspritzung, die, wenn sie bei Ihnen anschlägt, Ihre Beschwerden schlagartig zum Verschwinden bringen wird. Sie merken das, ob die Spritze bei Ihnen an-

schlägt oder nicht, an dem Auftreten oder Ausbleiben eines allgemeinen inneren Wärmegefühls.“ Solche Methoden larvierter Psychotherapie sind wohl einmal bei primitiven oder leicht debilen Patienten erlaubt, sonst aber gefährlich. Können sie doch, wenn sie fehlschlagen, das ganze Vertrauen des Patienten in die ärztliche Kunst aufs schwerste erschüttern.

Eine gewisse Abart larvierter Psychotherapie wende ich nur gelegentlich bei sog. Beschäftigungsneurosen, etwa in Form hartnäckiger neuralgiformer Beschwerden im Arm bei Stenotypistinnen an. Ich bestelle sie mir zum Elektrisieren und exploriere sie während des Faradisierens unauffällig in Form einer zwanglosen Unterhaltung. So habe ich schon wiederholt verhältnismäßig leicht den psychogenen Entstehungsmechanismus aufdecken und in beiläufig hingestreuten Randbemerkungen dem Patienten unauffällig bewußt machen können mit entsprechendem therapeutischen Ergebnis. Hätte ich bei den gleichen Patienten von vornherein die Behauptung aufgestellt, daß ihre Armbeschwerden seelisch bedingt seien, daß sie aus irgendeinem Grunde sich gegen ihren Tipp-Beruf auflehnen, hätte ich nur skeptische Abwehr hervorgerufen und mich von vornherein um eine therapeutische Chance gebracht.

Bei den meist üblichen Methoden larvierter Psychotherapie handelt es sich ja lediglich um die Beseitigung des neurotischen Symptoms. Wenn wir sie anwenden, dürfen wir dabei nicht halt machen. Ich werde nie eine Kollegdemonstration meines verehrten Lehrers, Professor Kretschmer, vergessen. Er führte uns zu Beginn eines Kollegs ein junges Mädchen mit einer psychogenen Armlähmung vor. Dann wurde das Mädchen herausgeführt und draußen außerhalb des Kollegs mit starkem elektrischen Strom behandelt. Der Erfolg war, daß sie uns bereits am Ende desselben Kollegs geheilt mit voll gebrauchsfähigem Arm wieder vorgestellt werden konnte. Kretschmer führte uns damals etwa aus: Wenn Sie, meine Damen und Herren, in Ihrer künftigen Praxis einen solchen Fall mit dem eben demonstrierten Ergebnis in einer einzigen Behandlungssitzung kuriert haben, werden Sie sich wahrscheinlich für besonders tüchtige Ärzte halten. Wenn Sie aber damit die Behandlung beenden, sind Sie tatsächlich schlechte Ärzte. Denn das neurotische Symptom etwa einer solchen Armlähmung müssen Sie als ein Signal, als einen unbewußten Hilferuf der Patientin an Sie als Arzt auffassen, der besagt: hier ist ein Mensch, der mit seiner seelischen Lebenskonfliktsituation nicht fertig wird. Wenn Sie sich nur mit einer einfachen Symptomheilung begnügen, so bedeutet das, daß Sie den Hilferuf des Patienten überhören, ihm Ihre wirkliche Hilfe vorenthalten. Der Arzt, der sich nur mit einer Symptomheilung begnügt in einem solchen Fall, ohne sich um die dahinterliegende Konfliktsituation zu kümmern, ist ein schlechter Arzt-Helfer. Nach der Symptomheilung beginnt erst die wirklich psychotherapeutische Aufgabe, näm-

lich den Patienten zu zeigen, wie er mit seinen seelischen Konflikten fertig werden kann.

Wenn ich zu Anfang meiner Ausführungen auf die Notwendigkeit einer Kurz-Psychotherapie hingewiesen und die Forderung nach dem Ausbau weiterer kurzpsychotherapeutischer Arbeitsmöglichkeiten aufgestellt habe, so darf man dabei keinesfalls kurz mit oberflächlich verwechseln. Eine oberflächliche oder halbe Psychotherapie gibt es nicht. Deshalb muß auch der Kassenpsychotherapeut eine gründliche Ausbildung in der Psychotherapie hinter sich haben und die vielseitige psychotherapeutische Methodik beherrschen. Ja, da die Not der Kassenpraxis ihn dazu zwingt, möglichst vielseitiger und noch dazu Kurz-Psychotherapeut zu sein, muß er gerade in erster Linie über ein Können in der Psychotherapie verfügen. Es ist deshalb auch für die Krankenkasse nur möglich, psychotherapeutische Leistungen bei genügend psychotherapeutisch vorgebildeten Ärzten zu honorieren. Aus prinzipiellen Gründen wird man hiervon nicht abgehen können, wenn auch der Honorarsatz für eine psychotherapeutische Sitzung heute noch ein verhältnismäßig geringer ist. Das darf aber den Arzt, der über keine Spezialausbildung in der Psychotherapie verfügt, nicht davon abhalten, soweit es ihm nur irgend möglich ist, auch seine allgemeine Kassenarzt-Tätigkeit nach psychotherapeutischen Grundsätzen auszuüben.

J. H. SCHULTZ:

ÜBER KLEINE PSYCHOTHERAPIE IN DER ALLGEMEINEN PRAXIS UND KURZVERFAHREN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Inhalt

I. Sinngemäße (vollwertige) Kurztherapie.
1. Irrtum, Vorurteil, Aberglaube: Belehrung, Aufklärung, psychotherapeutische Situation.
2. Bewußtes Geheimnis (Schuldgefühl): Aussprache, Beichte, tiefenpsychologische Tatbestandsdiagnostik, „Anschießen".
3. Akuter Shock: Hypnose, Psychokatharsis.
4. Fremdneurotische Fehlhaltungen, pathogene Situation (Angst, Auslieferung): Belehrung (Ermutigung, Fürsorge), tiefenpsychologische „indirekte Psychotherapie".
5. Randneurotische Fehlhaltungen und Fehlgewohnheiten, „mnemische Organneurosen" (tendenziöse, Sucht): Umstellung (Shock) Hypnose, autogenes Training, Disziplinierung.
6. Amnesien: Hypnose („Erlösungserlebnis").
Schichtneurotische Fehlhaltungen.
7. Geltungswiderspruch: Abweisen.
8. Grobe Selbsttäuschung: Erschütterungskrisis (Entlarvung).
9. Feinere Mängel der Selbsterkenntnis: Fortschreitende selbständige Innenschau in Meditation und autogenem Training.
10. Affektstauungen: Verlegung, Abreagieren (inhaltlos).
11. Schizoider Autismus („unecht"): Die Psychotherapie als erste Gemeinschaft.
12. Sensitive Isolierung: Gruppentherapie (Künkel, autogenes Training).
13. Leistungsstörungen: experimentelle psychologische Maßmethoden.
14. Leichte partielle Infantilismen: Verantwortungsübernahme.
15. Disziplinlosigkeit: Beispiel und Atmosphäre des Arztes.
16. Neurotisches Mißtrauen: Klarheit, Zuverlässigkeit, Offenheit.
17. Unruhe und Verkrampfung: autogenes Training (Gymnastik).
18. Übertragungssucht: entwertet jedes Kurzverfahren.

II. Zielgerechtes Kurzverfahren als Behelf, wenn die eigentlich notwendige große Tiefentherapie nicht möglich ist.
1. Einsicht (Kinder, Schwachsinnige, Geisteskranke, Erbentartete; „zu Robuste").
2. Bildsamkeit (Vitalität, Umwelt, Schicksal, Lebensalter, Tragfähigkeit, Existenzialwerte, Nirvanatherapie).
3. Äußere Schwierigkeiten (geldlich, zeitlich, örtlich, sprachlich).

Es ist ein Verdienst von Wegscheider, in neuester Zeit mit besonderem Nachdruck auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen kleiner Psychotherapie in der Allgemeinpraxis und Kurzverfahren in der Psychotherapie hingewiesen zu haben. Er folgt organisch aus der praktischen Zielsetzung der psychotherapeutischen Bewegung; es soll einerseits, wie wir es seit Jahrzehnten gern ausdrücken, eine „Psychologisierung des Arztens" angestrebt werden, auf Grund deren jeder Arzt imstande ist, sinngemäß „kleine Psychotherapie" zu treiben, anderseits fordert der praktische Ausbau der Psychotherapie dringend Verfeinerung und Verschärfung der Indikationsstellung und der Methodenwahl.

Die kleine Psychotherapie hat sinngemäß ihr Hauptwerkzeug in der „rationalen Wachpsychotherapie". An erster Stelle sind hier Be-

ratung, Belehrung, Aufklärung, entlastende Aussprache, Beruhigung, Ermutigung und Verbot zu nennen, ferner Übung und Abhärtung. Die natürliche Beziehung zwischen den nichtneurotischen Patienten und dem (ebensolchen) Arzte erlaubt im weiten Maße Führung, Verantwortungsentlastung, gesundes Helfen und Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung am seelisch Gesunden, bis weit hinein in die Begleitung durch Konflikte, durch ethische Schwierigkeiten und solche der Gemeinschaftsfindung u. dgl. m. Sie steht in der Tat — im völligen Gegensatz zur eigentlichen Psychotherapie! — normalpädagogischen und seelsorgerischen Bemühungen vielfach nah. Die praktische Wichtigkeit solcher „Populär-Psychotherapie" kann gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Nicht zu verkennen ist aber, daß diese Erfahrungen, bei denen die Persönlichkeit des Arztes, warmherziges Menschentum usw. ohne Zweifel oft entscheidend sind, das Verständnis für wirkliche Psychotherapie nicht erleichtern, sondern verbauen. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang besonders auf die schöne Studie von March über Gefahren des Helfertums. Je mehr der Arzt seine kleine Psychotherapie und darüber hinaus sein gesamtes ärztliches Handeln mit den Grunderkenntnissen der medizinischen Psychologie unterbaut, um so mehr wird er gegen diese Gefahr gesichert, und er erfährt, was schon die Schüler Mesmes vor anderthalb Jahrhunderten als wichtige Lehre ihres Meisters rühmten, daß allzu persönliche Freude am Heilerfolge, daß der „Rausch des Helfens" eine der ernstesten Gefährdungen jedes Arztes bedeutet. Schon etwas mehr methodischen Charakter zeigen ohne weiteres diejenigen Verfahren der Wachpsychotherapie, bei denen Übung, Abhärtung, Leistungssteigerung usw. bis hinauf zur Schulung die entscheidende Rolle spielen, sind sie doch alle an ein streng methodisches Vorgehen gebunden und damit offenkundig systematisiert. Hier ist der Arzt durch seinen tieferen Einblick in biologische Zusammenhänge dem Erzieher und Seelsorger selbstverständlich überlegen, ganz besonders dann, wenn zu gleicher Zeit körperliche Behandlung irgendeiner Art stattfindet. Die Ertüchtigung des ganzen Menschen ist hier das hohe Ziel ärztlicher Pflichterfüllung am einzelnen und an der Volksgemeinschaft.

Je nach Vorbildung wird auch in der allgemeinen Praxis von eigentlichen psychologischen Verfahren Gebrauch gemacht werden können, wenn sie handlich und kurzfristig arbeiten, wie etwa Leistungsmessungen, Assoziationsversuch, Schauübung, Zeichnen usw., und je mehr alle erwähnten Verfahren von der psychologischen Grundhaltung getragen und methodisch sauber angewandt werden, um so weiter wächst der Praktiker aus der Populär- in die bewußte und klare Wachpsychotherapie hinüber.

An zweiter Stelle kommt für die kleine Psychotherapie bei entsprechender Vorbildung des Arztes das Rüstzeug der einfach suggestiven Me-

thoden in Frage: Hypnose, die bekanntlich von vielen Praktikern mit ausgezeichnetem Erfolge verwandt wird, einschließlich einfacher psychokathartischer Verfahren, die Unterstufe des autogenen Trainings und bei Eignung von Arzt und Patient die Persuasion (Dubois). Es scheint, daß diese letzte Methode für dieselben Persönlichkeiten in Frage kommt, die auch für eine Kur nach Coué geeignet sind; gewiß kein Zufall, daß beide Methoden von Romanen stammen! („Wortrauschfähigkeit".)

Tiefenpsychologische Erkenntnisse, kritisch und ernsthaft erworben, frei von unerwünschten Grenzbeschränkungen und womöglich in Selbstanalyse gewonnen, werden in gesunder Lebendigkeit jede ärztliche Tätigkeit durchseelen und dauernd in der Atmosphäre menschlicher Bewegung halten, wenn auch ihre spezielle direkte Verwendung in der allgemeinen Praxis unmöglich ist.

Es kann nach diesen kurzen Andeutungen nicht bezweifelt werden, welche Bedeutung die Psychologisierung des Arztens für jeden Arzt hat. Während er sich aber aus Gründen der Vorbildung, des Aufgabenfeldes, der zeitlichen Beanspruchung usw. nur der „kleinen Psychotherapie" widmen kann, liegt die Frage: Große Psychotherapie oder Kurzverfahren? für den Fachpsychotherapeuten grundsätzlich anders. Es wurde schon verschiedentlich versucht, den praktisch so bedeutsamen Unterschied von „Sinn" und „Ziel" der Psychotherapie klar herauszuarbeiten. Sinn der Psychotherapie kann immer nur sein, Hilfen zur vollen Entfaltung der Gesamtpersönlichkeit in sich und in der Gemeinschaft zu erstreben. Nicht selten aber setzen gewichtige Umstände andere Grenzen, so daß der gewissenhafte und kritische Psychotherapeut nur verantworten kann, einen Teil dieses Weges gehen zu lassen. Das könnte auf den ersten Blick so aussehen, als fordere der Sinn der Psychotherapie in jedem Falle große Tiefenmethoden, während für eine zielmäßig begrenzte Behandlung primitivere Methoden in Frage kämen, die dann gern geringschätzig als „Kurzverfahren" bezeichnet werden. Mit diesem Irrtum muß aufgeräumt werden; es ist gar kein Zweifel, daß bei richtiger Indikationsstellung kritisch verwendete Kurzverfahren den wirklichen Sinn der Psychotherapie erfüllen. Zum Teil liegt hier noch ein historisches Vorurteil zutage, indem anfangs, etwa in der Ära der alten Hypnotisten, Psychotherapietreiben vielfach gleichbedeutend war mit Symptomebeseitigen, sie „durch Suggestion wie Knackmandeln verschwinden lassen", wie Dubois einst nicht ganz ohne Grund spottete. Demgegenüber bedeutet selbstverständlich die Gesamterfassung der Persönlichkeit in der medizinischen Psychologie von heute eine ganz andere Welt. „Symptomheilungen" werden in Bausch und Bogen verachtet, oft nicht zum Vorteil der Kranken und der

Ärzte. Gerade die Gesamterfassung des Menschen müßte dies kritischerweise verbieten. Die Beziehung zwischen Symptom und Persönlichkeit gehorcht keinem Schema. Je mehr, ganz salopp ausgedrückt, ein Symptom an einem sonst Gesunden hängt und daher Stärke des inneren und äußeren Lebensgefühles, kraft der Selbstheilung und Weite der Selbstentwicklung gegeben ist, um so eher kann eine auf kritischem Gesamtverständnis aufgebaute „Symptombeseitigung“ dem eigentlichen Sinn der Psychotherapie genügen. Als brauchbare Hilfe darf auch an dieser Stelle an die vier Grundstrukturen der Neurose erinnert werden: exogene Fremd-, physiogene Rand-, psychogene Schicht- und charakterogene Kernneurose. Feststellung der Neurosenstruktur und individuelle Psychodiagnose erfordern selbstverständlich eine wechselnd große Zahl von Vorbereitungsstunden, ehe an die Kurztherapie herangegangen werden kann, wie das ja auch aus den Darlegungen von Scheunert und Wegscheider hervorgeht.

Es soll in Folgendem versucht werden, aus der großen Fülle der Möglichkeiten einige wenige Zusammenhänge herauszugreifen, bei denen Kurztherapie den wahren Sinn der Psychotherapie erfüllt. An diese „sinngemäße Kurztherapie“ wird dann angestrebt, einige mehr grundsätzliche Bemerkungen über „zielgerechte Kurztherapie“ zu fügen, also über Situationen, wo Kurztherapie nicht eigentlich Methode der Wahl ist, sondern unüberwindlicher Schwierigkeiten wegen als Aushilfe benutzt wird.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit folgen wir bei der Darstellung der sinngemäßen Kurztherapie einem Gliederungsschema; die folgenden Andeutungen sind also nicht so aufzufassen, als bedeuteten sie eine vollkommene Beschreibung der Zusammenhänge und Abläufe; es soll vielmehr die komplexe Zusammenhängigkeit des Ganzheitsgeschehens nur von einer kennzeichnenden Einzelseite her bestimmt werden.

1. Der Kranke hängt an seinem Symptom durch Irrtum, Vorurteil und Aberglauben. Hier können Belehrung und Aufklärung schlagartig in kurzer Zeit zur Heilung führen, besonders wenn sie eindringlich und anschaulich erfolgt. So ging z. B. ein mir persönlich bekannter Internist mit einem langjährig halb verhungerten Hypochonder in ein Gasthaus und demonstrierte ihm im gemeinsamen Genuß von Eisbein, Bier und Korn seine physische Gesundheit. Zu den hier besonders wesentlichen Dingen gehört vor allem die Beseitigung des psychischen blinden Flecks beim Patienten. Eine achtundzwanzigjährige, seit zehn Jahren an Asthma Leidende erfährt in einer Sprechstundenunterhaltung von fünfzehn Minuten, daß bei Menschen, die jahrelang körperlich so gründlich behandelt wurden wie sie, das Asthma keinesfalls ein „konstitutionelles Schicksal“ bedeute, sondern eine schlechte Angewohnheit, und bleibt mit Hilfe von etwas Atemgymnastik jahrelang anfallfrei. Besonders

bedeutungsvoll sind Irrtümer und Vorurteile in der Beurteilung des Gemeinschaftslebens. Namentlich Kranke aus einfachen Ständen, aber gewiß nicht nur diese hegen oft die falsche Anschauung, daß ein Arzt nur eine Art Körperingenieur sei und die gegenteilige Erfahrung am Psychotherapeuten kann die gefährlichen Auswirkungen des „allgemeinen Kampfgesetzes" abschwächen. Endlich ist hier die Realerfahrung, daß ein Arzt, der einen verständigen und gut orientierten Eindruck macht, seelische Faktoren als Krankheitsursache und Psychotherapie als Behandlung wertet, für viele Kranke ein grundsätzlicher Wendepunkt, und nicht selten führt eine solche grundsätzliche innere Wendung an sich zur Selbstheilung.

2. Der Kranke trägt ein bewußtes Geheimnis, namentlich mit Schuldgefühlen und nicht nur die beichtende Aussprache, sondern der Eintritt in produktive gegenwarts- und zukunftsgerichtete Sachlichkeit wirkt schlagartig befreiend, so daß etwa nach Regelung langjähriger Steuerhinterziehungen der Blutdruck von 250 auf 150 sinkt. Hier beginnt das große Problem des Vertrauens. In anderen Fällen gewinnt es der Kranke nicht über sich, offen zu reden, dem tiefenpsychologisch Geschulten aber gelingt es, auf Grund seiner genaueren Kenntnis von Lebenszusammenhängen oder von Selbstverrat im Symptom die Wahrheit zu erkennen oder zu erraten. Unter entsprechenden Bedingungen kann nun eine aktive Entlarvung verantwortet werden, die begreiflicherweise unmittelbar in eine große, oft endgültig heilende Krise führt. Der Psychotherapeut treibt hier gewissermaßen Tatbestandsdiagnostik. Wie weit in der eigentlichen Tiefentherapie durch „aktives Anschießen" (Stekel) Kurztherapie getrieben werden kann und darf, ist bekanntlich ein viel erörtertes Problem, dessen Erwähnung in unserem Zusammenhang genügt.

3. Der Kranke steht unter akutem Shock. Hier leistet je nach Persönlichkeit eine kurze Reihe von psychokathartischen, oder hypnotischen Sitzungen oft Ausgezeichnetes. Als Beispiel diene ein eigener Fall:

Der 29jährige Arbeiter A. erlitt am 15. Januar 1906 dadurch einen Unfall, daß in seinem Arbeitsraum ein Dampfkessel explodierte. A. wurde nicht verletzt, sprang aber hastig beiseite und schlug dabei mit dem rechten Knie an den Türrahmen. Er erlebte den Unfall völlig klar, empfand nachher starkes Herzklopfen und sah sehr blaß aus. Am Beine hatte er nur geringe Schmerzen, angeblich war das Knie abends etwas blau. Im Verlaufe der nächsten Woche bemerkte A. eine zunehmende Schwäche im ganzen Beine; er fing an, beim Gehen zu schonen und machte nun Unfallansprüche geltend. Als ich A. am 6. April 1906 untersuchte, bestand eine ganz leichte Inaktivitätsatrophie, sonst regelrechter Befund in neurologischer Hinsicht. Das Kniegelenk war von autoritativer Seite klinisch und röntgenologisch normal befunden. A. bot

in seinem Allgemeinzustand die Zeichen erhöhter Reizbarkeit und beginnender traumatischer Verbissenheit. Jede wachpsychotherapeutische Aufklärung lehnte er völlig ab. Er habe die Beschwerden und dies seit dem Unfall usw. Auch Elektrosuggestion blieb ohne Erfolg. A. wird hierauf im halbverdunkelten Zimmer nach kurzem Fixieren verbal eingeschläfert und die Hypnose intermittierend vertieft. Er wird ziemlich schnell somnambul und nimmt in diesem Zustand alle Suggestionen glatt an, bewegt namentlich das Bein mit voller Kraft und Exaktheit. Nach 10 Minuten hypnotischen Übens erhält er 20 Minuten Nachschlaf und die energische posthypnotische Suggestion, nun im anschließenden Wachzustand genau so zu bewegen. A. wacht zum Termin spontan auf und geht völlig frei. Er zog den Rentenantrag zurück und blieb bis 1908, wo ich ihn katamnetisch nachuntersuchte, völlig arbeitsfähig und gesund.

Grundsätzlich dasselbe gilt für den akuten inneren Shock.

4. Es liegt eine Fremdneurose vor, d. h. die Neurose ist exogen dem Kranken von einem übermächtigen Anderen aufgeprägt worden. Besteht diese Herrschaft weiter, so kann nur fürsorgerisch eingegriffen werden. In geeigneten Fällen kann der Psychotherapeut mit offenem Visier kämpfen; in anderen Fällen wird er es vorziehen, die Erkenntnis der krankmachenden Situation praktisch auszunutzen, ohne den Kranken oder die „kränkende" Person irgendwie aufzuklären. Eine solche Führung und Beratung im tiefenpsychologischen Sinne, aber ohne Bewußtmachung, haben wir früher als „indirekte Psychotherapie" bezeichnet, und ihren besonderen praktischen Wert hervorgehoben.

Steht die schädigende Persönlichkeit nicht mehr real lebendig in der Wirklichkeit, sondern gehört sie der Vergangenheit an, so haben wir in einem ganz weiten Sinne betrachtet, hier das Grundschema aller modernen Neurosentheorien, mag es sich bei ihnen um die Auswertung des Ödipuskonfliktes, der Gemeinschaftsverfehlung oder um eine Störung der Wir-Entwicklung handeln. Zwischen diesen Urbeziehungen und den aktuellen Fremdneurosen besteht nun aber ein fließender Übergang. So ergibt sich ein recht weites Feld fremdneurotischer Verbildungen lockerer Art, die unverarbeitet durchs Leben geschleppt werden. Je mehr sie mit dem gesunden Kern der Persönlichkeit in Widerstreit liegen, um so leichter gelingt es einfacher Belehrung und Aufklärung, sie endgültig aufzulösen. Es handelt sich nach dem glücklichen Ausdruck von Schultz-Hencke um „atmosphärisch" bedingte Fehlhaltungen, hier leichter Form. Imitationsvorgänge, „psychische Ansteckung", geistige Moden, Narrentum unechter Tradition, faulen Spießbürgertums und verlogener Muckerei sind die häufigsten Quellen. Ihre Haftwirkung ist begreiflicherweise besonders stark, wenn affektive Momente mitspielen; so ent-

standende Verängstigung weicht oft schnell lebendiger Ermutigung, Haß- und Trotzeinstellungen müssen „umgeleitet" werden. Als Beispiel hierfür diene eine Beobachtung aus meiner seelischen Krankenbehandlung:

Ein oberschlesisch-polnischer Arbeiter verletzt sich leicht am kleinen Finger der linken Hand und stellt jeden Gebrauch des linken Armes ein; während der Kassenarzt versucht, den Kranken wieder zur Arbeit zu bewegen, gibt ihm ein „Spezialarzt" ein Attest, er leide an schwerer Nervenkrankheit, an „traumatischer Neurose", vielleicht Neuritis ascendens, und sei 66⅔% erwerbsunfähig. Im Verlaufe der anschließenden Begutachtungen gelang es einem Kollegen, den bis dahin völlig „Refraktären" zu „heilen"; er stellte ihm vor, daß er gesund sei, rechnete ihm vor, wieviel Geld er dadurch verloren habe, daß er nur 66% Rente statt Vollgehalt beziehe, wie sonst, und verstand es nicht nur, die Habgier des Kranken und damit die Gesundung zu wecken, sondern erreichte durch die energische affektiv ankernde Umstellung, daß der Kranke sich mit einer Klage wegen Kunstfehler gegen den erwähnten Spezialarzt wandte, der ihn so krank gemacht habe.

5. Physiogene Randneurosen sind in der heutigen Psychotherapie nicht beliebt. Die Überbewertung mechanistischer Erklärungsversuche in der medizinischen Psychologie um die Jahrhundertwende mußte bei vielen Zusammenhängen zu einer Niederlage gegenüber tiefenpsychologischer Persönlichkeitskunde führen. So ist die grundlegende Bedeutung der Mneme (Hering-Semon) vielen heutigen Psychotherapeuten ebensowenig gegenwärtig, wie das gigantische Lebenswerk eines Pawlow. Am deutlichsten wird von großen psychotherapeutischen Richtungen die Gemeinschaftspsychologie diesen Grundgesetzen gerecht, indem sie mit dem Begriff des „Trainierens" arbeitet. Es handelt sich hier nicht nur um ausgesprochene pathologische Gewohnheiten wie Nägelkauen, Bettnässen u. dgl., sondern auch um Fehlgewohnheiten weiteren Sinnes, von Verweichlichung und Selbstvernachlässigung, die mit Kurzberatung, Disziplinierung und Ertüchtigung radikal angegangen werden können, bis hinüber zu Suchtgewohnheiten. Hier leistet suggestives Arbeiten oft in wenig Sitzungen Ausgezeichnetes; es sei nur an den unlängst von mir veröffentlichten Fall erinnert, einen organisch und sozial schwer gefährdeten Trinker, der nach einer einzigen Hypnose bis zu zufälliger Nachkontrolle nach neun Jahren völlig alkoholabstinent und in gesundheitlicher und sozialer Beziehung geordnet wurde. Kleine Fehlgewohnheiten des Alltages lassen sich in der Unterstufe des autogenen Trainings durch formelhafte Vorsatzbildung endgültig beseitigen. Stehen hinter einer randneurotischen Fehlhaltung affektive Tendenzen, so fordert die Umstellung bei klarer und sachlicher Indikation in bestimmten Fällen eine ausgesprochene Shocktherapie. Es genügt im allgemeinen an die Kriegsneurosentherapie zu

erinnern. Aber auch der Frieden bringt derartige Aufgaben. Zum Beleg ein eigenes Beispiel:

Die bei der Behandlung 54jährige Krankenschwester Emma war wohl gutherzig, aber stark empfindlich und gerne bereit, anzunehmen, daß man sie zurücksetzen, kränken und ausnützen wolle. Aus der Kinderklinik, in der sie sich schlecht und recht betätigte, nahm sie ein Kollege in ihrem 40. Lebensjahre zur Pflege seines ersten und einzigen Kindes in seine Familie. Sie besorgte „ihr“ Kind sehr ordentlich, die Wolken der Wechseljahre zogen über sie hin und je älter „ihr“ geliebtes Kleines wurde, desto mehr nahm sie an Leibesfülle und Bequemlichkeit zu. Dem betroffenen Kollegen wurde nicht wohl bei dieser Situation; nicht nur die maßlose Verwöhnung seines einzigen Kindes machte ihm Sorgen, sondern mehr noch die bange Frage, wie er die liebevolle Pflegerin aus seinem Haushalt entfernen könne. Er war ein äußerst weicher nachgiebiger und sensibler Mann und seine Frau ein zartes, vielleidendes Geschöpf. Das zehnjährige Dienstjubiläum der getreuen Schafferin wurde mit dem nötigen Gepränge begangen und der Jubilarin sanft bedeutet, daß das Kind nun zehn Jahre alt sei. In dieser Situation erkrankte die Schwester an Grippe mit starker Bronchitis, kompliziert durch Fettleibigkeit und Emphysem.

„Das Leiden brachte mich an den Rand des Grabes“, meinte sie, eine Auffassung, die von den behandelnden Ärzten nicht durchaus geteilt wurde. Immerhin zog sich die Grippe durch viele Wochen hin und nach ihrer Abheilung, Kuraufenthalten usw. entwickelte sich nun ein Asthma. Die Kranke war fest überzeugt, invalide zu sein. Genaueste körperliche Untersuchung ließ jedes ernste Grundleiden ausschließen, es handelte sich um ein reines Asthma bronchiale, mittels dessen die Kranke seit dreieinhalb Jahren die gesamte Umwelt tyrannisierte. Zwei kurze Besprechungen klärten die Situation: Asthma als Rentenneurose. Die Kranke wurde angewiesen, sich beim nächsten Anfall vorzustellen, was auch bald geschah. Als sie mit vorwurfsvoll leidendem Gesichtsausdruck in ihrer ganzen Fülle Platz genommen hatte, wurde sie gebeten, sich zur Lungenuntersuchung zu entkleiden, was bereitwillig und auffällig leicht vonstatten ging. Durch eine Reihe kurzer Fragen wurde sie angeregt, sich über ihre Beschwerden auszusprechen und namentlich unmerklich beeinflußt, Schmerzen zu schildern. Sobald dies in wenigen Worten geschehen war, wurde ihr klar gemacht, bei einer derartigen Schmerzhaftigkeit könne es ja kein reines Asthma sein, man müsse nun einmal den Herd suchen, der ja, wie sie als Schwester wisse, oft rheumatischer Natur sei. Die Kranke froh, eine neue Krankheit in ihrem Gesichtskreis erscheinen zu sehn, bejahte gerne. Und nun wurde der Umstellungsshock gesetzt. Bei der kritischen Atemwendung des Asthmatikers, der krampfhaft aufpumpenden Einatmung vor Ab-

schluß der Ausatmung wurden beiderseits die Trapeziusmuskeln mit aller zur Verfügung stehenden Energie komprimiert, da hier, wie vorher unauffällig festgestellt war, schwere myalgische Veränderungen vorlagen. Schmerz und Überraschung müssen lebhaft gewesen sein; statt der perversen Einatmung erfolgte ein heftig ausatmender Schrei, der sofort vom Arzte als erstes Zeichen der Atemgesundung begrüßt wurde. Kurze Aufklärung über Atemregulierung sowie drei- bis viermalige Wiederholung des Umstellungsreizes genügten, um den recht alarmierend aussehenden Asthmaanfall restlos zu kupieren. Ein kurzes Privatissimum über die Gefahren zu großen Körpergewichtes, den Nutzen regelmäßiger Arbeit sowie über die ausgezeichnete Energie und Mithilfe bei der schwierigen Behandlung folgten nach, sowie die ebenso freundliche wie dringliche Bitte, die Kranke möge, falls wider Erwarten noch einmal Atemnot käme, sich sofort wieder vorstellen oder auch nur anrufen, der Arzt würde sie auch gerne in der Wohnung behandeln. Dies trat jedoch nicht ein, und nach einem Vierteljahr übernahm die Schwester eine andere Pflege, in der sie noch mehrere Jahre gesund und in ihren Grenzen leistungsfähig beobachtet werden konnte.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß Umstellungsbehandlungen durch suggestive Methoden auch bei Organfunktionsstörungen Gutes leisten können, bei deren Entstehung und Aufbau die Bedeutung des psychischen Faktors fraglich oder unwahrscheinlich ist. Bedenkt man, daß es Métalnikoff gelang, die Bildung steriler Bauchexudate im Sinne eines bedingten Reflexes an ein Signal, z. B. Trompetenklang, zu binden, so kann nicht bestritten werden, daß auch beim Menschen rein „mnemische" Funktionsstörungen möglich sind. Hier wäre Tiefentherapie ein Kunstfehler.

Bei allen Randneurosen kommt es besonders leicht zu falschen Zirkelbildungen, die weitgehend „bedingten Reflexen" gleichen und durch Zirkeldurchbrechung endgültig heilen.

6. Dem mnemischen Grundprinzip nahe steht die Grundstruktur gewisser Amnesien, mögen sie toxisch, traumatisch, „zerebral", oder endlich auch hypnotisch gesetzt sein. Hier liefert das Kurzverfahren der Hypnose spezifische Heilungen, die durch das von mir früher näher dargestellte „Erlösungserlebnis" sinnvolle Kurzpsychotherapie schaffen. So konnte in einer eintägigen Hypnose eine Gedächtnislücke von drei Tagen bei einem 19jährigen gesunden jungen Mann ausgefüllt werden. Die Lücke begann Mittwoch mittag auf dem Hauptbahnhof in Leipzig und endete Freitag nachmittag im besetzten Gebiet unter farbiger Bewachung. Es hatte sich um einen Verschleppungsversuch in die Fremdenlegion unter Benutzung narkotischer Mittel gehandelt, wie die hypnotische Auflösung zeigte.

7. Aus dem großen Reich der Schichtneurosen sei zunächst der neurotische Geltungswiderspruch erwähnt. Er ist in typischen Fällen so zwingend, daß man ihn ohne weiteres therapeutisch benutzen kann. Eine Alkohol- und Nikotinsüchtige völlig disziplinlose Degenerierte wird von ihren besorgten Eltern zur hypnotischen Behandlung gebracht, nimmt kokett Platz und erklärt, Zigarren paffend und schnippisch lächelnd, sie habe einen viel zu starken Willen, um hypnotisiert zu werden. Sie gibt dann auf Befragen eine kurze Schilderung ihres Lebenslaufes, und die Eltern bestürmen sie konzentrisch, doch endlich etwas gegen ihre Störungen zu tun. Zu deren Schmerz und zu großer Empörung der Patientin wird ihr sehr sachlich und freundlich eröffnet, sie befände sich in einem grundlegenden Irrtum, denn ihre „Willensstärke‘ sei weiter nichts als Eigenwilligkeit kindischer Art, zu irgendeiner wirklichen Willensleistung sei sie völlig unfähig. Man müsse sie eben ihrem Schicksal überlassen. Die Kranke erwidert im heftigsten Affekt, der Arzt irre sich absolut, sie werde es ihm beweisen und jetzt ein Jahr lang weder trinken noch rauchen. Der Arzt lehnt mit provozierender Überlegenheit ab, erklärt dies für völlig ausgeschlossen und die Kranke bleibt tatsächlich ein Jahr lang völlig frei von Entgleisungen.

8. Manche Selbsttäuschungen brechen unter einmaliger aktiver Erschütterung zusammen. Bald steht mehr die Entlarvung an sich, bald mehr ein Wecken zu tieferer innerer Besinnung und Selbstkontrolle im Vordergrund. Neben der überall selbstverständlichen psychischen Vorbereitung sind hier als Schnellhilfen besonders experimentelle Verfahren vorteilhaft, wie etwa Assoziationsversuch, Rorschach, Zeichnen usw.

9. Feinere Mängel der Selbsterkenntnis sind allen meditativen und Versenkungsverfahren in eigner Arbeit des Patienten oft sehr wohl zugänglich. Ob dabei mehr eine allgemeine Selbstschau geschaffen, oder etwa in geeigneten Fällen das Bilderschema von Happich benutzt wird, ist nicht so wesentlich, von entscheidender Bedeutung dagegen, daß hier selbstgestaltende innere Wachstums- und Entwicklungsvorgänge einsetzen wie sie Scheunert so schön schildert.

10. Ausgesprochene Affektstauungen lösen sich oft überraschend schnell, entweder durch reale produktive Verausgabung oder durch Abreagieren in hypnotischer oder autogener Versenkung. Es ist zu wenig beachtet, daß hier in gewissen Fällen ein Sichverausgaben ohne bewußte Erlebnisse, ein „inhaltloses Abreagieren“, wie ich es nannte, schnelle und dauernde Erfolge gibt.

11. Autistische Versperrungen mit all ihren unliebsamen Folgen können in wenig Stunden zerbrechen, wenn es dem Kranken gelingt, am Arzte zu echter Gemeinschaft zu kommen. Selbstverständlich kann es sich dabei

nicht um tiefgelagerte kernneurotische Autismen handeln, sondern nur um solche, die einer der hier erwähnten Gruppen zugehören, also wenn man so will, um „nicht echte autistische Haltungen". Trotzdem kann ihre Auswirkung für das Innen- und Umweltleben ebenso folgenschwer sein wie bei den „echten" Formen.

12. Gehören die eben erwähnten Kranken überwiegend dem schizoiden Typus an, so finden wir im Bereich der Syntonen sensitiver Art mehr das Phänomen der Isolierung. Hier ist die Vereinsamung nicht dem eigentlichen Stil der Persönlichkeit entsprechend und wird auch viel stärker als dort wesensfremd empfunden. Während der Autistische erst Gemeinschaft am besonderen Einzelmenschen entdecken muß, wenn dies auch in günstigen Fällen rasch geschehen kann, schmilzt die Isolation des sensitiv-Syntonen fast sofort in der Gruppe. Mit den so wertvollen Erfahrungen von F. Künkel in dieser Richtung decken sich auch völlig die Ergebnisse der Gruppenarbeit im autogenen Training, die nach Möglichkeit dem Einzelarbeiten vorzuziehen ist. Daß die gesunde und sachlich zusammengefaßte Arbeitsgruppe niemals zur „Gemeinde" entarten darf, ist jedem kritischen Psychotherapeuten selbstverständlich.

13. Nicht selten knüpfen schichtneurotische Störungen an Leistungsmängel an. Hier kann die von uns so oft erhobene Forderung, experimentelle Leistungsmessungen zu benutzen, nicht dringend genug wiederholt werden. Jeder Psychotherapeut sollte alle Mittel ausnutzen, um seine Arbeit exakt und sachlicher Kritik gewachsen zu gestalten. Nicht nur der Kritik von außen wegen, sondern vor allen Dingen darum, weil die Mehrzahl aller Neurotischen in Unsicherheit, Unklarheit, Unruhe und Verwirrung lebt. Objektiver Nachweis quantitativen Leistungszuwachses oder subjektiv für unmöglich gehaltener Leistungen stellt ein argumentum ad hominem ersten Ranges dar, das in geeigneten Fällen wirkliche Gesundung durch Kurztherapie erlaubt.

14. Die Ungleichmäßigkeit neurotischer Persönlichkeitsentwicklung läßt nicht selten in sonst validen Persönlichkeiten partielle Infantilismen bestehen bleiben, die zu einer im übrigen durchschnittlichen, ja nicht selten überdurchschnittlichen Struktur in einem merkwürdigen Gegensatz stehen. Dem Erlebenden bleiben sie völlig dunkel. Soweit solche Bildungen leichterer schichtneurotischer Struktur sind, kann ein Appell an die Verantwortungsübernahme schlagartige Umstellungen bewirken, etwa die Einsicht notwendigen Lebenskampfes, gesunder produktiver Resignation, technischer Lebensordnung usw.

15. Dieser Appell an die Verantwortung erfolgt häufig wortlos durch das lebendige Beispiel des Arztes, an dem der zu Selbstvernachlässigung

neigende Kranke atmosphärisch Pünktlichkeit, Fleiß, Sachlichkeit, Gemeinschaftswillen usw. erlebt.

16. Ein besonderes Problem stellt hier das neurotische Mißtrauen. Wie besonders Kogerer hervorhob, macht gerade diese Fehlhaltung oft die allergrößten Schwierigkeiten, und gewiß ist sie in allen schwereren Fällen nur durch eine sehr langwierige Arbeit auszugleichen. Aber darüber dürfen die leichteren Fälle gleicher Art nicht vergessen werden. Es gibt Berufe, deren Vertretern das Lügen systematisch anerzogen wird; bleiben sie im wesentlichen in ihrem Berufskreise, so kann es ihnen mehr und mehr unvorstellbar werden, daß ein Mensch überhaupt je die Wahrheit sagt. Hinter jeder Äußerung vermuten sie einen Schachzug, eine Finte, eine versteckte Absicht. Bei ihnen ist das neurotische Mißtrauen eine schlechte Gewohnheit, eine Fälschung der Außenatmosphäre, ohne tiefere Beziehung zur inneren Struktur. Es ist leicht verständlich, wie schrecklich es für einen solchen Menschen sein muß, in einem quälenden Leidenszustande dem Arzte auf Treu und Glauben ausgeliefert zu sein. Ärzte, besonders Psychotherapeuten, sind ja Geldschneider, Schönredner usw. Zerbricht diese Haltung am Arzte, was bei guter Kontaktfähigkeit in einigen Unterhaltungen möglich ist, so kann von hier aus ein kritischer Eintritt in Tiefenumstellung erfolgen. Klarheit und Zuverlässigkeit sind hier die Hauptwaffen des Arztes, vor allem rücksichtslose Offenheit.

17. Unruhe und Verkrampfung mit dem fast unübersehbaren Gewirr schädlicher Auswirkungen fordern nicht in jedem Falle tiefenpsychologische Aufarbeitung. Es wird vielmehr bei allen leichteren und mittleren Fällen berechtigt sein, suggestiv oder übend an die Fehlhaltung selbst heranzugehen. Bestehen derartige Störungen, wie so häufig, bei einer im Kerne überwiegend gesunden Persönlichkeit, so schaffen sinngemäß eingesetzte Kurzmethoden oft Dauerheilungen, die sich immer weiter produktiv auswirken. So schreibt etwa ein Studienrat, der einer Zitterneurose wegen ein Jahr zuvor in sieben je vierzehn Tage auseinanderliegenden Sitzungen das autogene Training erlernt und sorgfältig weiter fortgeführt hatte, daß jetzt seine Beziehung zur Schulklasse eine ganz andere geworden sei. Er sei frisch, fröhlich, geduldig und durchaus freudig in der Arbeit. Sicher spielt in diesem Fall die zur Ableistung einer militärischen Übung erfolgte Beseitigung des Zitterns auch eine Rolle, doch liegen sehr zahlreiche gleiche Berichte ohne diese Komplikation vor. Einzelheiten wegen sei auf die monographische Darstellung des autogenen Trainings verwiesen; hier genügt es, die Stichworte konzentrative Selbstentspannung, Selbstruhigstellung, prophylaktische Ruhepause, Resonanzdämpfung der Affekte und Kraftersparung durch Entspannung zu nennen.

18. In, hinter, unter und über all den hier angedeuteten und vielen anderen Verläufen steht die Frage der eigentlichen Übertragung. Ihr Wesen und

ihre Bedeutung dürfen als bekannt vorausgesetzt werden, aber es erschien doch nicht ganz überflüssig, auf eine kleine Anzahl von Verläufen sinnvoller Kurztherapien hinzuweisen, bei denen der Übertragungsmechanismus keinesfalls an sich notwendig ist. So steht dieser Versuch einer kurzen schematischen Übersicht über einige häufige Formen sinnvoller Kurztherapien zu gleicher Zeit unter dem Bemühen, eine allzu ausgedehnte und unsorgfältige Verwendung der Übertragungshypothese zugunsten genauer kritischer Einzelforschung einzuengen. Kann wirklich nachgewiesen werden, daß der Erfolg einer Kurztherapie lediglich auf der neurotischen Abhängigkeit beruht, so muß eine solche Kurztherapie hier ausschalten. Sie ist dann ausgesprochenerweise nicht sinnvoll, sie erfüllt nicht die wichtigste Forderung freier Selbstentfaltung des Patienten, sondern sie stellt eine in ihrem innersten Wesen pathologische, neurotische, infantile Scheinheilung dar. Wieweit eine solche unter dem Druck zwingender Umstände bei den zielgerechten Kurztherapien zulässig ist, wird im folgenden zu betrachten sein.

Zielgerecht nennen wir eine Kurztherapie, wenn sie als Behelfsverfahren bei Kranken verwendet wird, deren Zustand nach innerem Sinn eigentlich Tiefentherapie verlangen würde. Psychotherapie ist, was den Patienten anbelangt, an seine Einsicht und Bildsamkeit gebunden, darüber hinaus aber auch durch äußere Umstände zwangsläufig bedingt.

Die Einsicht fehlt bei Kleinkindern, angeborenen und erworbenen Schwachsinnigen, bei der Mehrzahl der eigentlichen Psychosen und endlich bei den erblich schwer charakterologisch Minderwertigen, wie wir sie besonders durch die schönen Studien von Stumpfl an den Sippen von Schwerverbrechern kennengelernt haben. Während das geistig gesunde Kind schon in relativ zartem Alter eine, wenn auch zunächst oft mehr indirekte Psychotherapie gründlicher Art erlaubt, schalten die drei anderen Gruppen für ernsthafte Psychotherapie aus. Hier sind nur behelfsmäßige Kurzverfahren am Platze, wobei auch bewußt und absichtlich die Übertragung gepflegt werden kann. Ein eigenartiger Menschentypus, auf den vor Jahren schon Heinrich Vogt und andere hinwiesen, ist durch eine platt reale Primitivität charakterisiert, ohne daß irgendein Zeichen von Defekt vorliegt. Diese Menschen sind „zu robust“ für eigentliche Psychotherapie tieferer Art und nur massiven Aktivmethoden offen. Da sie nicht selten zu ausgesprochenem Aberglauben neigen, muß der Arzt sich hier manchmal dazu überwinden, zu „zaubern“. „Es führt kein anderer Weg nach Küßnacht!“

Die Bildsamkeit steht vielfach in direkter Beziehung zu dem schwer faßbaren Problem der „Vitalität“, der „Lebenskraft“, des „Lebenswillens“ und der „Lebensverneinung“. Zartheit, Schwäche, Kränklichkeit und Siechtum können hier die Grenzen unserer Arbeit stark einengen. Aber auch wenn hier

kein schweres Defizit erkennbar ist, können doch Umwelt und Schicksal unübersteigbare Schranken setzen, besonders wenn auch das Lebensalter die Bildsamkeit einschränkt. „Höhere Töchter“ von 50 Jahren, Not und menschlicher Gemeinheit unabänderlich ausgelieferte zarte Naturen, lebensflüchtige Sonderlinge jenseits 50 Jahren werden wenig Bildsamkeit erwarten lassen. Eine äußerst schwere und verantwortungsbeladene Nebenfrage ist die nach der „seelischen Tragfähigkeit“. Hier ist besonders die Zerbrechlichkeit gewisser sensitiver Typen zu fürchten, auf deren Gefährdung Kretschmer hingewiesen hat. Es bedarf genauester Prüfung und immer wiederholter sorgfältiger Kontrolle, um zu erfahren, ob eine Selbsttäuschung, eine Lebenslüge von vitaler Bedeutung und nicht ersetzbar ist. Trifft dies zu, dann sind dem Psychotherapeuten die Hände gebunden. Für diese sehr folgenschweren Beurteilungen sei auf die Lehre von den Existenzialwerten hingewiesen, die wir mit den sechs Kennworten: Gesundheit, Glück, Sicherung, Weltanschauung, Freiheit und Selbstverwirklichung andeuten dürfen. Ergibt die genaue Prüfung, daß echte Existenzialwerte vorhanden oder erreichbar sind, so kann die seelische Tragfähigkeit günstig beurteilt werden. Endlich besteht zwischen seelischer Tragfähigkeit und der komplexen seelischen Einstellung, die wir im Gegensatz zum Intellekt als „Vernunft“ bezeichnen, eine direkte Beziehung, was aus dem Wesen der Vernunft als einem stark fühlhaften Maß- und Erfahrungssinn hervorgeht.

Für verzweifelte Fälle bietet das autogene Training in der Oberstufe den Weg zum Aufbau einer scheinbeglückenden Traumwelt. Diese Nirvanatherapie ist seelisches Morphium und unterliegt den gleichen Bedenken und Einschränkungen.

Von äußeren Schwierigkeiten ist zunächst die rein finanzielle zu nennen. Sie sind durch Organisationen wie die unseres Institutes in erheblichem Maße abzuschwächen und werden hoffentlich in nicht allzu ferner Zeit durch ein Netz öffentlicher Institute aller Kulturländer überwunden sein. An zweiter Stelle ist die Zeitfrage zu nennen. Hier kann oft das fraktionierte Arbeiten im Sinne von Wegscheider helfen, wobei besonders an die produktive Pausenwirkung (Klatt) zu denken ist. In gleicher Weise muß die Arbeit mit auswärtigen Kranken organisiert werden, wenn an ihrem Wohnort kein Fachmann wirkt. Endlich darf in diesem Zusammenhang nochmals auf die große praktische Bedeutung der Gruppenarbeit verwiesen werden, die selbstverständlich genaue körperliche und seelische Untersuchungen jedes Teilnehmers zur Voraussetzung hat. Trotz dieser Hilfen bleiben heute noch eine große Anzahl von Fällen übrig, bei denen wirtschaftliche, zeitliche oder örtliche Schwierigkeiten die eigentlich notwendige Tiefentherapie unmöglich machen, so daß der kritische Psychotherapeut sich mit einer zielgerechten

Kurztherapie begnügen muß. Im Einzelfalle kann auch das mangelnde Sprachverständnis bei Ausländern Psychotherapie unmöglich machen; doch wird sich hier meistens ein Ausweg finden lassen, denn der psychotherapeutische Gedanke marschiert in allen Kulturländern und niemand wird ihn aufhalten!

FRANZ BRENDGEN:

VEGETATIVE STIGMATISATION UND NEUROSE

Aus der unveröffentlichten Festschrift
zum 70. Geburtstag von Dr. Leonhard Seif.

„Alles ist einfacher, als man denken kann,
zugleich verschränkter als zu begreifen ist."
(Goethe)

Der Begriff der vegetativen Stigmatisation oder der vegetativen Labilität wurde durch v. Bergmann zuerst auf Grund von Beobachtungen am Krankenbett in die Klinik eingeführt und erfreut sich seitdem in der medizinischen Literatur einer zunehmenden Beliebtheit.

Unter einem „vegetativ Stigmatisierten" versteht v. Bergmann einen Menschen, bei dem sich Funktionsstörungen vegetativer Art an irgendwelchen Organen nachweisen lassen, ohne daß eine morphologische Veränderung vorliegt. Also die anatomisch unsichtbare „Functio laesa" bei intakter Morphe bildet das Wesen einer vegetativen Betriebsstörung.

Siebeck beschreibt in Bergmanns Lehrbuch der inneren Medizin die „vegetativ Stigmatisierten" folgendermaßen: „Sie sind gekennzeichnet durch ihre große Neigung zu vegetativen Funktionsstörungen; die Regulationen sind weniger gesichert. Ihre Funktionen können ausgeglichen sein, aber unter den verschiedensten Einflüssen kommt es zu Entgleisungen. Ihr Körperbau gehört häufiger zum leptosomen (asthenischen) Typ: sie sind eher lang und schmal, eher zart als grob, haben feine, differenzierte Gesichter und oft glänzende Augen. Da gerade das Unausgeglichene typisch ist, findet man polare Ausschläge vieler Merkmale: Die Haut ist feucht, neigt zu Erröten und zu Erblassen, zeigt rote oder blasse Dermographie, bildet leicht Urtikaria und Quaddeln, Hände und Füße sind kalt oder heiß. Haut und Schleimhäute neigen zu vermehrter Sekretion: Schweiße, Tränen- und Speichelsekretion sind gesteigert. Die Lidspalte ist öfter groß als klein, die Pupille häufiger weit. Die Herztätigkeit kann verlangsamt sein, um 50, zeigt deutliche respira-

torische Arythmie und nicht selten Extrasystolie, sie ist sehr labil, zuweilen auch dauernd beschleunigt. Die Labilität der Vasomotoren kommt in der Neigung zu Ohnmachten, zu Migränen u. a. zum Ausdruck. Der Blutdruck schwankt stark (,angiospastische Diathese' Lichtwitz), am Atmungsapparat kommt es leicht zu Asthma, zu Heuschnupfen, am Magen zu Erbrechen oder zum Reizzustand, am Darm zu spastischer Obstipation oder zu Durchfällen und ,Colitis', besonders nach Aufregungen, beides Ausdruck einer Ataxie der Darmmotorik und -sekretion. Auch die Regulationen des Stoffwechsels, des Kohlehydrat- und Wasserhaushaltes sind labil."

Aus dieser Beschreibung geht ohne weiteres die Schwierigkeit hervor, die sich der Aufstellung eines eindeutigen Typs des „vegetativ Stigmatisierten" entgegenstellt. Es gibt hier nirgends Gesetzmäßigkeiten, es scheint im Gegenteil das Prinzip vorzuherrschen: Es kann alles auch anders sein. Die Funktionen können ausgeglichen sein, sie können aber auch entgleisen, die Herztätigkeit z. B. kann verlangsamt, sie kann aber auch dauernd beschleunigt sein. Die Funktionsstörung kann z. B. an der Haut auftreten, etwa in Form von Schweißhänden, sie kann aber auch den Atmungsapparat betreffen, etwa in Form von Asthma.

Was nun die Polarität der vegetativen Symptome betrifft, so hat sie ihr anatomisches Substrat im Antagonismus von Sympathikus und Parasympathikus (Vagus). Aber schon hier ist es auffällig, daß sich ein strenger Dualismus, wie ihn Eppinger mit seiner Lehre von der Vagotonie und Sympathikotonie aufgestellt hat, nicht hat durchführen lassen. Nach dieser Lehre sollte ein Teil der Menschen rein vagotonisch, ein anderer rein sympathikotonisch reagieren, jedoch zeigte es sich, daß der pharmakologische Antagonismus mit dem anatomischen und physiologischen nicht übereinstimmte. Erregung des Parasympathikus durch Pilokarpin z. B. führt zum Pilokarpinschweiß, während die Schweißdrüsen anatomisch und physiologisch vom Sympathikus innerviert werden.

Von diesen und anderen Widersprüchen ausgehend weisen v. Bergmann und seine Schule nach, daß es „reine Vagotoniker" oder „reine Sympathikotoniker" nicht gibt, sondern nur Menschen, an deren Erfolgsorganen Kombinationen beider Reaktionsweisen vorkommen, z. B. weite Pupille (Sympathikussymptom) und Bradykardie (Vagussymptom).

v. Bergmann hat deswegen vorgeschlagen, die beiden Begriffe „Sympathikotonie" und „Vagotonie" fallen zu lassen und nur von „vegetativen Stigmata" zu sprechen. Sie lassen sich nur durch Reaktionsprüfung an den Erfolgsorganen feststellen und bilden den einzigen Beweis für das Vorhandensein einer Labilität des vegetativen Nervensystems. Bei vermehrter Ansprechbarkeit sowohl im antagonistischen als auch im synergistischen Sinne könnte

man sprechen von „Stigmatisierten im vegetativen Nervensystem“. v. Bergmann fährt dann fort: „Heute muß ich selbst vor meiner Prägung der ‚vegetativ Stigmatisierten‘ vom Standpunkt der Klinik aus fast ebenso warnen wie vor dem Begriff der ‚Vagotonie‘ und ‚Sympathikotonie‘, denn mit diesen Worten wird jetzt klinisch ganz willkürlich und unpräzis umgegangen.“ Und in der Tat, der Begriff der vegetativ Stigmatisierten umfaßt die heterogensten Zustands- und Krankheitsbilder, angefangen von der einfachen vegetativen Konstitutionsanomalie ohne besondere klinische Bedeutung bis zum Vollbasedow und zur Neurose.

Grote unterscheidet in seinen Gesprächen mit Brauchle über Naturheilkunde und Schulmedizin zwischen einer Zustands- und einer Bedeutungsdiagnose. Die klinische Untersuchung und Funktionsprüfung der Organe kann zur Feststellung von funktionellen Anomalien führen, die aber z. Z. ohne jede klinische Bedeutung sind. Ein häufiger vorkommendes vegetatives Zustandsbild ist z. B. die Kombination von Bradykardie, weiter Pupille und Hypotonie, deren Träger man auch als „Blutdruckschwächlinge“ bezeichnet hat, eine familiär vorkommende Konstitutionsanomalie, die jedoch keine aktuelle krankhafte Bedeutung im Sinne einer Indikation für therapeutisches Handeln zu haben braucht. Trotzdem ist aber die Feststellung der genannten Merkmale für den Gesamtorganismus nicht ohne Bedeutung, zeigen sie uns doch seine verwundbaren Stellen an, die loci minoris resistentiae in Form seiner minderwertigen Organe, im genannten Falle also eine kombinierte Organminderwertigkeit des Kreislauf- und Sehapparates. In der Erkennung dieser Organschwächen liegt also die Bedeutung der Zustandsdiagnose.

Die Wertigkeit eines Organs ist nun aber nicht nur abhängig vom Zustand seines Parenchyms, seiner Stützsubstanz oder seines retikulo-endothelialen Anteils, sondern auch von seinen zentripetalen und -fugalen Nervenbahnen, denen die Steuerung der Organfunktion obliegt. Die Wertigkeit dieser neuralen Komponente ist meist proportional der Organvalenz, so daß wir aus Abweichungen der Funktion einen Rückschluß ziehen können auf die Wertigkeit des Organs. Auf unser obiges Beispiel angewandt, würde das besagen, daß die genannten Organminderwertigkeiten des Kreislaufes und des Auges angezeigt werden durch die funktionellen Stigmata der Pulsverlangsamung, der weiten Pupille und des niedrigen Blutdruckes. Mit anderen Worten: „Vegetative Stigmata“ sind weiter nichts als Merkmale für die geringere Valenz eines Organs einschließlich seines Nervenanteiles bis hinauf in den Subkortex mit seinen vegetativen Zentren und den Kortex mit seiner übergeordneten psychomotorischen Sphäre. Das Organ und sein zugehöriger vegetativer und zerebrospinaler Nervenanteil bilden zusammen eine funktionelle Einheit, die zwar anatomisch zu deskriptiven Zwecken

in einzelne Systemzugehörigkeiten zerlegt werden kann, bei Betrachtung der Organleistung jedoch als etwas durchaus Zusammengehöriges erscheint.

Das vollwertige leistungstüchtige Organ interessiert uns in diesem Zusammenhange nicht. Seine Einregulierung in die Gesamtfunktion des Organismus geht ohne Schwierigkeiten vor sich. Anders das hereditär minderwertige Organ. Seine Einordnung in die funktionelle Ganzheit der Persönlichkeit geht nicht ohne Reibungen vonstatten. Sie kann ganz versagen, das Organ degeneriert, besonders dann, wenn es erhöhten Belastungen durch die Außenwelt und die Forderungen der Kultur ausgesetzt ist und bedingt einen eventuell lebensbedrohenden Funktionsausfall. Andererseits zeigt die Beobachtung, daß Organe von nicht allzu krasser Minderwertigkeit sich infolge ständigen Trainings zu größerer Leistungsfähigkeit entwickeln können als die vollwertigen, wie dies Alfred Adler in seiner Studie über die Minderwertigkeit von Organen des genaueren ausgeführt hat. Es scheint, daß ein gewisser Zwang zur Überwindung von Schwierigkeiten gerade vom minderwertigen Organ im Sinne einer Leistungssteigerung und Funktionsertüchtigung beantwortet werden kann. Man kann sich diese Erscheinung damit erklären, daß das minderwertige Organ im Vergleich zum vollwertigen auf einer niedrigeren Stufe der Differenzierung verharrt, seine Gewebe haben einen dem Embryonalen noch näherstehenden Charakter bewahrt und besitzen damit auch die größere Variationsbreite und Wachstumsenergie, die im allgemeinen dem embryonalen Gewebe eigen sind. Ja, man könnte noch einen Schritt weitergehen und sagen, daß es das minderwertige Organ ist, das auf Grund seines besonderen Gewebscharakters zum Träger vererbbarer Mutationen werden kann.

Die Überwindung einer Organminderwertigkeit, d. h. die Einordnung eines minderwertigen Organs in die Gesamtfunktion nennt man „Kompensation". Beim Zustandekommen einer Kompensation spielt das gesamte Nervensystem die Hauptrolle, so daß gerade von diesem Gesichtspunkt aus die Einbeziehung des Nervenanteils in die Betrachtung der Organfunktion von größter Wichtigkeit ist. Bliebe doch der ganze Kompensationsvorgang, der in seinem Endeffekt sogar zu einer besseren Einordnung des ursprünglich minderwertigen Organs in das Funktionsganze und damit zu einer besseren Anpassung an die Forderungen der Außenwelt führen kann, ohne Mitbeteiligung des zugehörigen Nervenkomplexes unverständlich. Ohne Kompensation aber wäre Organminderwertigkeit unabänderliches Schicksal.

Wir haben oben, entsprechend unserem Ausgangspunkt, dem Begriff der vegetativen Stigmatisation v. Bergmanns, nur von „vegetativen Stigmen" gesprochen und sie als Merkmale einer Beteiligung der neuralen Komponente an der Minderwertigkeit des Organs bezeichnet. Sie bilden offenbar nur einen kleinen Ausschnitt der Gesamt-Stigmatisation des minderwertigen

Organs. Dazu gehören außerdem, um nur einige andere Stigmata aufzuzählen: Die Unzahl der äußeren Degenerationszeichen in Form von Bildungsanomalien, Naevi, Teleangiektasien, Organhypertrophien bei Atrophie des symmetrischen Organs, Anomalien von Haut und Schleimhautreflexen, fehlende Reflexe bei nicht kompensierter Organminderwertigkeit, gesteigerte bei gelungener Kompensation, Kinderfehler wie Daumenlutschen, Bettnässen usw. als Ausdruck einer Kompensationsstörung, der Nachweis der Heredität sowie Erkrankungen des minderwertigen Organs, Neurosen als Zeichen mißlungener Kompensationsversuche und schließlich die Erscheinung der körperlich-seelischen Mehrleistung als Ausdruck der gelungenen Kompensation. Diese im übrigen höchst unvollständige Aufzählung von Erkennungszeichen eines minderwertigen Organs soll nur zeigen, daß die „vegetativen Stigmata" unter den übrigen morphologischen und funktionellen Stigmen keine besondere Stellung einnehmen, sondern höchstens eine im übrigen selbstverständliche Beteiligung des vegetativen Nervensystems an der Insuffizienz des Organs anzeigen. Damit wird dann allerdings der Begriff der vegetativen Stigmatisation als einer am Krankenbett verwendbaren und für das therapeutische Handeln maßgebenden nosologischen Einheit unbrauchbar. Gibt man ihm jedoch die Bedeutung eines Zustandsbildes im ausgeführten Sinne, so kann er sich als ein Komplex von Merkmalen, die uns die Minderwertigkeit des betreffenden Organs vermuten lassen, doch recht nützlich erweisen.

Das Wesentliche dieser Auffassung ist darin zu suchen, daß die „vegetativen Stigmata" nur wenig oder gar keine Bedeutung haben als Wertmesser für das gesamte autonome System, dagegen wertvoll sind für die Beurteilung der Wertigkeit des Organs unter Einschluß seiner neuralen Komponente.

Nur so erklärt es sich zwanglos, warum das eine Organ mehr sympathikotonisch, das andere mehr vagotonisch reagiert, warum nasse Hände und Füße zur Vagotonie gerechnet werden konnten, obgleich die Schweiß-Sekretion ein Symptom des Sympathikus ist, warum es keine Vagotonie und keine Sympathikotonie, aber auch keine vegetative Stigmatisation als Krankheit geben kann, warum vegetative Stigmen sowohl bei Leptosomen wie — seltener — auch bei Pyknikern vorkommen können, warum die Funktionen einmal sehr ausgeglichen sind, ein anderes Mal bei ihrer funktionellen Erprobung durch die Anforderungen des Lebens und der Kultur zu Betriebsstörungen führen, vor allem auch, warum die Betriebsstörung gerade an diesem oder jenem Organ auftritt („Organdetermination").

Damit soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden, daß es auch hereditäre durchgehende Systemminderwertigkeiten des gesamten autonomen Systems gibt. Es ist sogar wahrscheinlich, daß bestimmte Reaktionslagen und -bereitschaften der vegetativen Nerven einschließlich ihrer Zentren im Zwischenhirn,

Mittelhirn und in der Medulla oblongata mit ihren lebenswichtigen Regulationen wie Wärmehaushalt, Stoffwechsel, Wasser- und Salzhaushalt, Kreislauf, Atmung, Schlaf usw. angeboren sind. Sie bilden in Verbindung mit humoralen Komponenten, unter denen wieder elektrische, physikochemische, ionale, hormonale, fermentative, katalysatorische Verhaltungsweisen der Organe zu unterscheiden sind, das sog. „vegetative Betriebsstück" (Kraus & Zondeck).

Sehr wahrscheinlich liegen individuelle Verschiedenheiten in der Reaktionsweise dieses vegetativen Betriebsstückes, dessen nahe Beziehungen zum Bereich der Affekte und des Emotionalen gesichert sind, demjenigen Erscheinungskomplex zugrunde, den wir mit dem Sammelbegriff „Temperament" zu bezeichnen pflegen. Doch sind diese Dinge noch sehr ungeklärt und vor allem sehr kompliziert. Die Forschung wird hier nur ganz langsam und schrittweise vorwärtskommen; inzwischen ist es aber für die Therapie weit wichtiger, zu wissen, welchen Sinn ein Affekt im Gefüge der Gesamtpersönlichkeit hat, als die Kenntnis aller neuralen und humoralen Vorgänge, die durch ihn in den Organen und in den Geweben ausgelöst werden. Mit anderen Worten: Während das kausale analytische Denken zu einer Vielheit miteinander verschränkter komplizierter Faktoren führt, deren Synthese noch kein Verstehen des Vorgangs ermöglicht, geht das finale oder teleologische Denken von der persönlichen Zielsetzung des Individuums aus, die jene Vielheit kausaler Faktoren in der leiblich-seelischen Einheit der Persönlichkeit zusammenfaßt. Goethe hat diesen Tatbestand in jene wunderbar lapidare Formel gebracht, die ich als Motto dieser Arbeit voransetzte:

„Alles ist einfacher als man denken kann,
zugleich verschränkter als zu begreifen ist."

Nachdem wir so den Kreis von Erscheinungen, den wir unter der Bezeichnung der „vegetativen Stigmatisation" verstanden wissen wollen, näher umschrieben haben, bleibt uns noch übrig, seine Beziehungen zur Neurose etwas genauer darzulegen. Vorher wird es allerdings notwendig sein, sich darüber klar zu werden, was man unter „Neurose" verstehen soll.

v. Bergmann polemisiert in seiner Funktionellen Pathologie gegen die „reinen Organneurosen", die, wie man früher annahm, dadurch entstehen sollten, daß das Nervensystem eines Organs isoliert erkrankte. Er meint, daß das Bestehen solch „reiner Organneurosen" recht unwahrscheinlich sei und schlägt vor, den Begriff einer „reinen Organneurose" durch den weiteren und präziseren einer „Betriebsstörung" zu ersetzen. Eine Betriebsstörung oder „Dyskinesie" ist eine reversible Funktionsänderung, die ihre Deutung erst im Zusammenhang mit der Betrachtung der Gesamtsituation des Organismus als neuromuskuläre Regulations- und Betriebsstörung erhält.

„Dyskinesien“ sind also Störungen der normalen Funktion. Von ihnen sagt Siebeck: „Selbstverständlich müssen auch sie als morphologische Vorgänge, als strukturgebunden verstanden werden, aber sie laufen ohne länger dauernde Alterationen der feineren Struktur des Gewebes ab. Sie hängen in hohem Maße von äußeren Einflüssen, von körperlichen und auch von seelischen Einwirkungen ab. Sie können also ‚psychogen‘, d. h. durch Seelisches hervorgerufen sein, aber man darf durchaus nicht etwa funktionell und psychogen gleichsetzen.“

Hieraus geht zunächst hervor, daß einer Functio laesa immer eine veränderte Morphe entspricht, d. h. also, eine Betriebsstörung ist ohne begleitende Strukturveränderungen in den Geweben nicht denkbar, wobei es gleichgültig ist, ob solche Veränderungen mit unseren Methoden nachweisbar sind oder nicht. Es gibt sicherlich schwer betriebsgestörte Organe, ohne nachweisbare Strukturveränderung (Enuresis) und andererseits grobe anatomische Befunde ohne wesentliche Betriebsstörung (Gallensteine). Gleichgültig ist es auch, ob zuerst die Störung der Arbeitsweise eines Organs nachweisbar ist oder die Veränderung seiner Gestalt. Aber was hat das alles mit einer „Organneurose“ zu tun? Sind wir dem Verständnis einer solchen einen Schritt nähergerückt, wenn wir sie als eine „Dyskinesie“, eine Betriebsstörung auffassen? Denn das ist doch wohl der Sinn der oben zitierten v. Bergmannschen Ausführungen, die Organneurose durch Subsumption unter den Begriff einer Betriebsstörung in das allgemeine pathologische Geschehen einzureihen.

Der Vorteil einer solchen Auffassung liegt zweifellos darin, daß durch den Begriff der Funktion etwas Dynamisches, etwas Bewegtes und damit Zielgerichtetes — ziellose Bewegung ist innerhalb eines Organismus ebensowenig denkbar wie innerhalb des übrigen Kosmos — in die Betrachtung hineingebracht wird, während die Morphe mehr als ruhender Pol im Fluß der Bewegung erscheint. Im Gegensatz zur Arbeitsleistung, die erst dann verstehbar wird, wenn man ihr Ziel, nämlich die Erhaltung des Einzelorganismus und der Art mitdenkt, erscheint die Gestalt als etwas vorwiegend Statisches, Beharrendes. Ihre Veränderungen und Wandlungen sind als Wirkungen von Ursachen zu beobachten und zu beschreiben. Von dieser Fiktion ausgehend hat die kausal-naturwissenschaftliche Methode ihre großen Erfolge gezeitigt, hier liegt aber auch ihr Mangel, die Vernachlässigung finaler Betrachtungsweise. Und es ist ein gewaltiges Zeichen für die Änderung unserer ärztlichen Blickrichtung, wenn ein modernes klinisches Werk von der Bedeutung der „Funktionellen Pathologie“ schon in der Herausstellung des Funktionsbegriffes der finalen Betrachtungsweise seinen Tribut zollt und ihr das vorletzte Kapitel widmet.

Funktionelle Betrachtungsweise ist also in Wirklichkeit finale Betrachtungsweise, insofern der unnatürliche Dualismus von Form und Leistung durch den gemeinsamen Zweck beider zu einer natürlichen Einheit verschmolzen wird. Wir können nunmehr sagen: eine Organneurose ist eine Dyskinesie, eine Mißbewegung, d. h. eine zu einem fehlerhaften Ziel hinführende Bewegung, „die ihre Deutung erst im Zusammenhang mit der Betrachtung der Gesamtsituation des Organismus erhält". Hier ist also eindeutig die Frage nach der Ursache durch die Frage nach dem Sinn der Betriebsstörung und ihrer Deutung vom Ganzen her ersetzt. Die heute theoretisch so oft geforderte Ganzheitsbetrachtung, auf deren praktische Durchführung ebensooft resigniert verzichtet wird, kommt endlich zu ihrem Recht. Der Organismus ist zwar ein einheitliches Ganzes, aber selbst auch wieder nur Glied eines größeren Ganzen. Wie die Organe mitsamt ihrem seelischen Überbau unter gegenseitiger Anpassung einreguliert sind in den Zweckverband der Persönlichkeit, dessen Führer das Ich ist, so ist auch das Ich wieder nur Teil eines übergeordneten überpersönlichen Ganzen. Die Persönlichkeit ist nicht Selbstzweck, sie erhält ihren Zweck erst von der überindividuellen Realität der Gemeinschaft her, in die sie eingebettet ist. Otto Dietrich sagt in seinem an der Kölner Universität gehaltenen Vortrag über die philosophischen Grundlagen des Nationalsozialismus: „Der Mensch tritt uns in der Welt entgegen nicht als Einzelwesen, sondern als Glied einer Gemeinschaft; der Mensch ist in allen seinen Handlungen Kollektivwesen und kann überhaupt nur so gedacht werden. Der Mensch ist dadurch begrifflich bestimmt, daß er in Gemeinschaft mit anderen lebt; sein Leben verwirklicht sich nur in der Gemeinschaft. Gemeinschaft ist ein Begriff, dem die ganze Geschichte der Menschheit untersteht, ist die Form, in der das menschliche Leben von der Wiege bis zur Bahre verläuft, ohne die es nicht denkbar wäre." Hieraus folgt, daß die Persönlichkeit nicht Selbstzweck ist, sie ist ihrem Wesen nach gemeinschaftsbezogen und in ihren Funktionen abhängig von ihrer Anpassung an die Aufgaben der Gemeinschaft: Beruf, Liebe und Kameradschaft. „Die Kluft zwischen Medizin und Psychologie, zwischen Leib und Seele, wird durch die Ganzheitsbetrachtung nicht etwa überbrückt, sondern Leib und Seele und ihre Wechselbeziehungen unterstehen dem gleichen gemeinsamen Prinzip der Zielgerichtetheit des Individuums." (Leonhard Seif.)

Von diesem Standpunkt aus erklärt es sich auch, warum der Ausdruck „Psychogenie" im Sinne seelischer Ursachen für körperliches Geschehen unzulässig ist. Im Ziel der Gesamtpersönlichkeit sind körperliche und seelische Vorgänge zu einer untrennbaren Einheit verbunden. Man kann sie zwar zum Zwecke der Beschreibung künstlich trennen, genau so wie man eine lebendige Zelle vom Gesichtspunkt der Struktur und der Funktion betrachten kann, oder

ein Kunstwerk nach Form und Inhalt, muß sich aber dabei des Unnatürlichen und Willkürlichen dieser Zerlegung eines einheitlichen Ganzen in Teile bewußt bleiben. Das Ich ist nicht die Summe seiner Teile, es ist nicht „undsummenhaft“ konstruiert. (Gestaltpsychologie.)

Wenn nun nach diesen prinzipiellen Erörterungen der Blick zum Krankheitsgeschehen zurückkehrt, haben wir für das Verständnis der Organneurosen so viel gewonnen, daß wir sagen können: eine Organneurose ist eine Betriebsstörung an einem minderwertigen Organ, die weder vom Organ aus noch von seinen neuralen oder humoralen Komponenten her zu verstehen ist, sondern ihren Sinn erst vom Ziel der Gesamtpersönlichkeit, vom Persönlichkeitsideal her erhält. Letzteres aber ist zu denken als die schöpferische Antwort des unsicheren und im Vergleich zum Erwachsenen sich minderwertig fühlenden Kindes. Dieses durchgängige Minderwertigkeitsgefühl des Kindes ist vielfach verstärkt durch den Besitz minderwertiger Organe mit ihren Krankheitsbereitschaften und ihrer erschwerten Einregulierung in die personale Ganzheit mit ihren Bezogenheiten auf die Lebensaufgaben. Der Besitz solch minderwertiger Organe, die an ihrer morphologischen oder funktionellen Stigmatisation frühzeitig erkennbar sind, bedeutet eine Erschwerung in der Anpassung an die Forderungen der Gemeinschaft und eine ständige Verlockung, den Versuch einer Überwindung des Minderwertigkeitsgefühls in der Richtung auf persönliche Überlegenheit an Stelle sachlicher Einordnung und gleichberechtigter Mitarbeit an den gemeinsamen Aufgaben des Daseins zu machen. So errichtet sich das Kind in seinen ersten Lebensjahren über dem Fundament seines Minderwertigkeitsgefühls den hochgespitzten Turmbau seines fiktiven Ichideals, das immer ein Ziel der gesteigerten Geltung beinhaltet. Wie das Kind das macht, wie es, einmal in die falsche Richtung abgebogen, sein Minderwertigkeitsgefühl verschärft, durch unverstandene Hineinbeziehung anderer Momente, Erziehungsfehler, Milieuschäden, Stellung in der Geschwisterreihe usw., wie es alle seine Erfahrungen und Erlebnisse tendenziös auswertet im Sinne der Befestigung und Erhöhung seines fiktiven Leitbildes, dafür gibt es keine Regeln strenger Gesetzmäßigkeit, sondern nur eine im Einfühlungsvermögen und in der Erfahrung des nacherlebenden Therapeuten begründete Wahrscheinlichkeit. Das Kind muß nicht beim Zusammentreffen dieser oder jener Bedingungen neurotisch werden, es kann auch, trotz aller Startbehinderung, sein Kompensationsvermögen schöpferisch einsetzen in der Richtung einer allmählichen Anpassung an die Gemeinschaftsaufgaben. Tut es das letztere nicht, biegt es, bereits allzu entmutigt, in die Richtung des vermeintlich geringeren Widerstandes aus, dann resultiert das, was die Psychotherapie den nervösen Lebensstil nennt.

Das Leben eines solchen Menschen ist gekennzeichnet durch die ungeheure Spannung, die es durch den enormen Abstand seiner beiden Pole „Minderwertigkeitsgefühl“ und „Geltungssucht“ erhält. Je weiter diese Pole voneinander entfernt sind, um so größer wird die Spannung. Ein solcher Mensch fällt aus dem Himmel seines ehrgeizigen Persönlichkeitsideals, vor dessen Herrlichkeiten er meist in schaudernder Ehrfurcht die Augen schließt, im nächsten Augenblick in die Hölle seiner inferioren Komplexe. Er gleicht einer bis zum Zerreißen gespannten Saite. Er kann sich nicht locker lassen, denn dazu müßte er die Höhe seines Machtstrebens herunterschrauben, was ihm die Tiefe seines Minderwertigkeitsgefühls nicht gestattet. Dieser Zustand teilt sich naturgemäß auch den Organen mit. Es besteht ein Zustand latenter Spasmophilie, eine erhöhte Krampfbereitschaft, die abhängig von der Organstigmatisation, bald am Kreislauf (angiospatische Diathese), bald am Verdauungsapparat (z. B. spastische Obstipation), bald am Atmungsapparat (Asthma) oder an der Haut (Schwitzen) oder den endokrinen Drüsen (z. B. Thyreose, Amenorrhoe) usw. auftreten kann. Besteht dieser Spannungszustand längere Zeit, so kann er durch allmähliche Erschöpfung in einen Zustand verminderter Spannung (Hypotonie) übergehen. Die Gewebe verlieren ihren normalen Turgor, die Haut ist welk und schlaff, fühlt sich kalt und feucht an, der Blick ist glanzlos, die Muskulatur schlaff und atrophisch, es treten leicht Myalgien auf infolge von Übermüdung besonders im Rücken, eventuell in Verbindung mit lokalisierten Muskelspasmen (Rheumatismus) Erschlaffung von Sehnen und Bändern mit Neigung zu Senkungen der Füße oder der Eingeweide, niedriger Blutdruck, Fettschwund infolge von Appetitlosigkeit, Reizmagen, atonische Obstipation usw. usw. Kurzum, es kommt — determiniert durch konstitutionelle Organschwäche — zu den verschiedensten Dyskinesien oder Betriebsstörungen. Vermittelt werden diese vom überspitzten Persönlichkeitsziel ausgehenden Spannungen durch die Gemütsbewegungen, die naturgemäß in den Gesamtzustand der „reizbaren Schwäche“ mit einbezogen sind. Die Affekte spielen in jeder Neurose eine zentrale Rolle, weil im Beginn einer jeden Neurose das verstärkte Minderwertigkeitsgefühl steht. Insbesondere ist es die Angst, die sich in direkter Deszendenz vom Minderwertigkeitsgefühl ableitet und den mehr oder weniger gut versteckten Grundakkord der Neurose bildet. Man könnte behaupten, daß die Angst die Mutter aller anderen Affekte ist, wie Zorn, Wut, Haß, Neid, Eifersucht, Ekel, Trauer usw., sind sie doch entweder unmittelbarer Ausdruck des Minderwertigkeitsgefühls oder des kompensierenden Machtwillens. An dieser Stelle erhellt nun die ungeheure Bedeutung des vegetativen Nervensystems für das Zustandekommen nervöser Organbeschwerden. Hier handelt es sich nicht etwa um eine isolierte Erkrankung dieses Systems oder einzelner Teile. Es ist viel-

mehr der nervöse Lebensstil, der seine überspannten Emotionen auf dem Wege über die vegetativen Nerven zu den Organen sendet und deren Leistungen und Koordination in der Gesamtfunktion stört.

Es ist klar, daß ein solcher chronischer Reizzustand auf die Dauer auch zu organischen Veränderungen der Gewebe führen kann, wie v. Bergmann das u. a. für die Ulkuskrankheit überzeugend nachgewiesen hat. Und so verschwinden denn, von der Ganzheitsbetrachtung aus gesehen, die unzulässigen Dualismen von organisch und funktionell, von somatisch und psychisch. Auch organische Krankheiten sind abhängig vom Lebensstil, auch Neurosen vom minderwertigen Organ. „Ein erwiesener organischer Befund spricht in keiner Weise gegen die Annahme einer neurotischen Situation mit einer Organdetermination etwa am Magen“ (v. Bergmann). In jedem Falle bleibt festzustellen, welchen Anteil der Lebensstil und welchen das minderwertige Organ bei ihrer Erprobung durch den „exogenen Faktor“ am Zustandekommen einer Betriebsstörung haben. Meist wird es ja so sein, daß bei den sog. organischen Krankheiten der Lebensstil eine geringere aktuelle Bedeutung hat, bei den sog. Organneurosen eine vorwiegende. Sein Nachweis ist in jedem Falle positiv zu erbringen, indem man die Höhe des Persönlichkeitsideals nacherlebend abmißt und inhaltlich bestimmt. Im Falle einer Neurose — eine reine Organneurose gibt es nur in dem Sinne, daß sich der nervöse Lebensstil u. a. durch Betriebsstörungen an einem minderwertigen Organ äußert — ist außerdem noch der Nachweis zu erbringen, daß sich die Betriebsstörung oder das neurotische Symptom sinnvoll in den nervösen Lebensstil einordnet, ja nur von ihm aus verstanden werden kann, vom Patienten dagegen unverstanden benutzt wird, um den Rückzug vor den Lebensaufgaben der Gemeinschaft, der Ehe und des Berufes zu sichern. Diesen Aufgaben fühlt sich der Nervöse nicht gewachsen, weil er für sie nicht genügend vorbereitet ist. Er hat seine Zeit mit sich selbst in der Errichtung eines stolzen überlebensgroßen Ichideals zugebracht, an dessen Sicherung vor dem Zugriff der Gemeinschaft er unausgesetzt gearbeitet hat. Sein Interesse für die anderen blieb rudimentär. Kein Wunder, daß er am meisten alle jene Situationen fürchtet und haßt, in denen er genötigt ist, sich mit seinen Mitmenschen in Verbindung zu setzen. Diese Verbindung hat er aber nie trainiert, und so sehen wir in der Neurose mit Vorliebe Betriebsstörungen an solchen Organen auftreten, die außer ihrer spezifischen Organfunktion noch eine soziale Leistung zu vollbringen haben, insofern sie dazu dienen, sich mit der Außenwelt, insbesondere mit den Mitmenschen in Beziehung zu setzen; es sind vor allem die Organfunktionen des Zuhörens und Ansehens, des Händedrucks und der Sprache, sowie die von Geschlechtsorganen, Magen, Blase, Mastdarm usw. Die Funktionen dieser Organe lassen in der Neurose die An-

passung an die Forderungen der Gemeinschaft und der Kultur vermissen, sie werden sogar häufig dazu mißbraucht, den Rückzug vor diesen Forderungen zu decken. Denn der Neurotiker braucht eine Ausrede, eine Entschuldigung für sein offensichtliches Versagen angesichts der Unerbittlichkeit der Lebensaufgaben, und er findet sie im neurotischen Symptom, einer Zwangsvorstellung, einer Phobie, einer Organbeschwerde, wobei ihm weitverbreitete Organminderwertigkeiten hilfreich entgegenkommen. Daß er zu derartigen Selbsttäuschungen greifen muß und es nicht wagt, offen gegen die Gemeinschaft Front zu machen, ist die Form seiner Anerkennung dieser Gemeinschaft. Er fürchtet am meisten die Entlarvung seiner vermeintlichen Wertlosigkeit und greift in seiner Todesnot — denn tatsächliche Wertlosigkeit würde Lebensunfähigkeit bedeuten — wie ein Ertrinkender nach dem Strohhalm, zum Rettungsanker der nervösen Erkrankung. Er hätte sein Examen machen können, wenn er nicht diesen scheußlichen Reizmagen bekommen hätte, er würde heiraten, wenn er nicht impotent wäre, sie würde noch gern ein Kind kriegen, wenn nicht dieses furchtbare Schwangerschaftserbrechen wäre, so daß der Arzt ihr eine nochmalige Schwangerschaft verboten hat. Nun hat der Nervöse sein geheimes von ihm selbst unverstandenes Ziel erreicht: er ist von den Aufgaben der Gemeinschaft entbunden, ohne daß sein ängstlich behütetes Persönlichkeitsideal ins Wanken geraten ist, er hat sich dem Zusammenprall mit der „gefährlichen Wirklichkeit" entzogen (Seif) und durch einen Trick sein Selbstwertgefühl gerettet.

Hierin liegt das eigentliche Kennzeichen einer jeden Neurose: die unverstandene Ausbeutung der Gemeinschaft mit Hilfe des Symptoms zwecks Sicherung des Persönlichkeitsideals. Die Neurose ist das Plädoyer des entmutigten Ehrgeizigen auf Unverantwortlichkeit. Die in der Sprechstunde meist gehörte Formel lautet: „Herr Doktor, ich weiß, daß ich nervös bin, aber ich kann nichts dafür." Der positive Nachweis einer Neurose ist erst dann erbracht, wenn es gelungen ist, diese asoziale Tendenz einer Betriebsstörung klarzustellen; der negative Nachweis, bestehend im Ausschluß einer sog. organischen Erkrankung beweist noch nichts.

Vom Standpunkt der Ganzheitsbetrachtung aus ergeben sich nun die Beziehungen, die zwischen „vegetativer Stigmatisation" und „Neurose" bestehen, ganz von selbst. Vegetativ stigmatisiert ist nie der ganze Mensch, sondern nur das minderwertige Organ, neurotisch ist nie das einzelne Organ, sondern immer der ganze Mensch.

Im ersten Teil dieser Ausführungen wurden als Beispiel vegetativer Organstigmatisation die „Blutdruckschwächlinge" angeführt, andere Beispiele wären die Urogenital-, die Verdauungs-, die Atmungsschwächlinge usw., sie

alle weisen in ihrem Organbefund funktionelle Merkmale auf, die uns in Verbindung mit den übrigen oben beschriebenen Stigmen die Minderwertigkeit des Organs vermuten lassen. Es wurde also der Begriff der vegetativen Stigmatisation auf den allgemeineren einer Organstigmatisation bei Minderwertigkeit des Organs zurückgeführt. Diese Beschränkung war deshalb notwendig, um unklare Vermengungen offenbar neurotischer Erscheinungen mit funktionellen Stigmen zu vermeiden, wie sie z. B. in dem eingangs zitierten Versuch einer Typenschilderung des vegetativ Stigmatisierten von Siebeck enthalten sind. Es gibt keinen Typ eines „vegetativ Stigmatisierten", daran muß vor allen Dingen im Interesse eines klaren Neurosenbegriffes festgehalten werden. Aber andererseits muß man sich auch davor hüten, Organminderwertigkeiten, die lediglich eine vermehrte Anfälligkeit und Krankheitsbereitschaft bei Belastung durch den exogenen Faktor bedingen, mit neurotischen Störungen zu verwechseln. Vor diesem Irrtum bewahrt uns die in jedem Falle anzuwendende Ganzheitsbetrachtung mit dem positiven Nachweis der Neurose.

Diese Ganzheitsbetrachtung, die v. Bergmann in seiner Funktionellen Pathologie auch für die „rein" organischen Fälle theoretisch fordert, ohne sie aber praktisch durchzuführen, ist von der deutschen Psychotherapie, insbesondere von Seif, München, in der Neurosenbehandlung konsequent angewandt worden. Seif sagt, „daß der Ganzheitsbetrachtung der Neurosen die Ganzheitstherapie der Gesamtpersönlichkeit entsprechen müsse". „Ihr Kernproblem ist die individuelle entsprechende Erziehung und Gewinnung des Nervösen für seine Lebensaufgaben in der Gemeinschaft, für den Mut zur Freiheit und Verantwortung. Dieses Ziel bestimmt auch und gibt erst ihren „Sinn" individuell etwa notwendigen somato-therapeutischen Hilfen (physikalisch-chemische Behandlung, Medikamente, Operation, Orthopädie, Gymnastik usw.), diese aber im Dienste der Heilung der Gesamtpersönlichkeit, d. h. ihrer tätigen und mutigen Einordnung in die gemeinsamen Aufgaben des lebendigen Ganzen durch die Abänderung des der Anpassung an die Wirklichkeitsforderungen schädlichen Persönlichkeitsideals."

Mit der Ganzheitsbetrachtung erfüllt die moderne Heilkunde eine alte Forderung Platos: „. . . denn das ist der größte Fehler bei der Behandlung der Krankheiten, daß es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann" — „aber gerade das übersehen die griechischen Ärzte und darum entgehen ihnen so viele Krankheiten, sie sehen nämlich niemals das Ganze. Dem Ganzen sollten sie ihre Sorge zuwenden, denn dort, wo das Ganze sich übel befindet, kann unmöglich der Teil gesund sein" (zit. nach v. Bergmann).

Zum Schluß möge an einem Beispiel gezeigt werden, wie sich eine Neurose mit vegetativen Organminderwertigkeiten im Lichte der Ganzheitsbetrachtung darstellt:

Ein 32jähriger Anwalt klagt über Herzklopfen und Angstgefühl, das in die Herzgegend lokalisiert wird, über Hand-, Fuß- und Achselschweiß, Errötungsangst und Blasenschwäche. Er müsse häufig kleine Urinmengen entleeren, besonders wenn er schwitze und dann abkühle. Er habe als Kind an Bettnässen gelitten, und das komme auch heute noch hin und wieder vor. Er werde seines Lebens nicht froh, sei deprimiert, arbeitsunlustig und müde, komme im Beruf nicht voran, grübele viel und habe Selbstmordgedanken. Frauen gegenüber sei er schüchtern und verlegen, er könne nicht in Gesellschaft gehen oder in ein Restaurant; häufig kehre er vor der Tür wieder um und gehe nach Hause. Vor Gericht falle es ihm schwer, zu reden, er werde rot und fürchte, sich zu blamieren. Dabei schwitze er am ganzen Körper, habe Herzklopfen und das Gefühl, keine Luft zu bekommen. Er habe sich daher vom öffentlichen Auftreten zurückgezogen und sich mit einem jüngeren Kollegen assoziiert, für den er die Sachen bearbeite, während jener zu den öffentlichen Verhandlungen gehe. Der andere habe keine Hemmungen und rede sehr gut. Er selbst könne auch ganz gut den Konnex mit einem einzelnen Menschen herstellen, seien aber mehrere zugegen, fühle er sich sofort unbehaglich. Auf die Frage, wie lange diese Beschwerden bestehen, gibt er an, daß er schon während der Schulzeit und später auf der Universität darunter gelitten habe, besonders wenn er aufgerufen wurde und in der Klasse oder im Seminar seine Ansicht äußern sollte. Sie seien aber ganz akut geworden, als er sich niedergelassen habe. Er wolle sich am liebsten ganz von der Praxis zurückziehen und eine Stellung in der Industrie annehmen. Aber auch dem fühle er sich nicht gewachsen. Er sei schon bei vielen Ärzten gewesen, weil er fühle, daß es so nicht mit ihm weitergehen könne, es seien u. a. Röntgenuntersuchungen des Herzens gemacht worden, ein Arzt habe auch ein Elektrokardiogramm anfertigen lassen, es habe sich aber weder am Herzen noch an der Blase ein organisches Leiden gefunden. Darüber sei er ja nun ganz froh, aber er möchte lieber einen Herzklappenfehler haben als ein solches Leiden. Sein Vater sei übrigens im Alter von 40 Jahren an einem Herzklappenfehler gestorben. Er selbst sei nie ernstlich krank gewesen. An Kinderkrankheiten habe er seines Wissens nur Masern und Keuchhusten gehabt. Auf die Frage, was er täte, wenn er geheilt wäre, antwortete er: Reden und heiraten.

Somatisch bot der Patient folgendes Bild: mittelgroß, sympathisches Äußeres, schlank, mit schmalem, doch gut gewölbtem Brustkorb und abfallenden Schultern; Muskulatur schwach entwickelt, Fettpolster gering: leptosomer Typ. Die Gesichtshaut war gerötet infolge eines durchscheinenden Netzwerkes feiner

Äderchen. Hände und Füße waren blaurot verfärbt, fühlten sich kalt und naß an, Patient braucht während der Untersuchung häufig das Taschentuch, um sich den Schweiß im Gesicht und an den Händen abzutrocknen. Die Wäsche war in den Achseln durch Schwitzen verfärbt. Zeige- und Mittelfinger sahen gelb aus und rochen wie auch die Atemluft nach Tabak. Patient gibt an, starker Zigarettenraucher zu sein. Der Blick war unsicher und mied das Fixiertwerden. Die Pupillenform und -reaktion waren normal. Keine Struma. An Herz, Lungen und an den übrigen Organen war nichts Krankhaftes nachweisbar. Puls in der Ruhe 84, regelmäßig, steigt nach 10 Kniebeugen auf 114, kehrt nach 50 Sekunden zur Ruhefrequenz zurück. R.R. 100/70 mm Hg. Urin völlig klar, frei von Eiweiß und Zucker. Patellarreflexe zunächst nicht, nach Ablenkung jedoch gut auslösbar. Geschlechtsorgane o. B. Auf Befragen gibt Patient an, eine Phimose gehabt zu haben, die er selbst mit 20 Jahren durch allmähliche Dehnung beseitigt habe. Als Kind habe man ihm das Bettnässen auf Anraten seines Großvaters dadurch abgewöhnen wollen, daß die Mutter ihm abends mit einem Instrument die Vorhaut zugeklemmt habe. Es habe aber nichts geholfen, das Bett sei trotzdem naß geworden. Eine Spina bifida ist nicht vorhanden. Erwähnenswert wäre vielleicht noch, daß der Patient sich im Alter von 24 Jahren einer hypnotischen Behandlung seitens eines Nervenarztes unterzog, die aber fehlschlug. Er war nicht suggestibel.

Wir haben also einen Menschen vor uns, den man wohl auf den ersten Blick als einen vegetativ Stigmatisierten bezeichnen kann. Morphologisch bemerken wir an ihm nichts, was in Form pathologischer Organveränderungen als Krankheit anzusprechen wäre. Und doch ist der reguläre Betrieb einiger Organe im Sinne einer Dyskinesie gestört. Er leidet unter diesen Betriebsstörungen, und zwar so sehr, daß er sich in seiner Verzweiflung mit Suicidgedanken beschäftigt. Da nun aber, wie v. Bergmann in seiner Funktionellen Pathologie auseinandergesetzt hat, die gestörte Funktion in jedem Fall Krankheit ist, so sind wir berechtigt, unseren Patienten trotz intakter Morphe als krank anzusprechen. Bei genauerem Zusehen sind es 2 Organsysteme, an denen sich Betriebsstörungen abspielen, der Kreislaufapparat und der Urogenitaltrakt. Beide sind durch eine Reihe morphologischer und vegetativer Merkmale stigmatisiert und dokumentieren dadurch ihre konstitutionelle Schwäche und Irritabilität. Am Kreislauf sind es: Hypotonie, Akrocyanose (Gesichtsröte, livide Hände und Füße), Livedo. Unter letzterem versteht man eine eigentümliche Gitterzeichnung der Haut, hervorgerufen durch das Venennetz, das durch die zarte Haut durchschimmert. Bei unserem Patienten war es am Rumpf und an den Extremitäten deutlich sichtbar. Es ist jedoch denkbar, daß sich durch Anwendung feinerer Untersuchungsmethoden, wie z. B. der Kapillarmikroskopie Otfried Müllers noch andere Stigmata als Hinweise auf das Vorliegen einer

ererbten Minderwertigkeit des Herzgefäßapparates finden lassen, wofür auch der frühzeitige Herztod des Vaters zu sprechen scheint. Was das übermäßige Schwitzen und die Anfälle von Herzangst anbetrifft, die ohne jeden Schmerz im Sinne einer echten Stenosierung auftraten, so möchte ich sie z. T. als situationsbedingt, d. h. also als neurotisches Symptom, z. T. als Ausdruck einer chronischen Nikotinvergiftung ansprechen. Jedoch bleibt es auch hier auffallend, daß sowohl die Neurose als auch die toxische Noxe sich als Erfolgsorgan kein x-beliebiges aussuchen, so daß auch die Symptomwahl vom minderwertigen Organ her determiniert erscheint. Übrigens verloren sich beide Symptome in der Behandlung, sowie der Patient einsehen gelernt hatte, daß er durch seinen Nikotinabusus — er rauchte 20—30 Zigaretten p. d. — die Labilität seiner Vasomotoren künstlich steigere. Als er Nichtraucher geworden war, waren auch Schwitzen und Herzangst verschwunden.

Die Schwäche des Urogenitalsystems ist morphologisch charakterisiert durch eine Phimose, funktionell durch eine Atonie des Blasenschließmuskels (Parasympathikus). Das Bettnässen ist bekanntlich bis zu einem gewissen Alter physiologisch, um dann bei einem Kind mit vollwertigem Harn-Geschlechtsapparat und normal entwickelter Soziabilität oder — meist etwas verzögert — bei einem Kinde mit minderwertigem System, aber ebenfalls normal entwickelter Soziabilität in die Gesamtfunktion des zielgerichteten Individuums eingegliedert zu werden. Dieser Zeitpunkt liegt etwa um Mitte bis Ende des 2. Lebensjahres. Wird darüber hinaus die für das Säuglingsalter typische Form der Blasenentleerung beibehalten, so kann man damit rechnen, daß ein minderwertiges Organ um seine Kompensation ringt, vegetativ stigmatisiert durch Sphinkterschwäche. Die frühkindliche Enuresis ist also ein vegetatives Stigma für eine Minderwertigkeit des Harn-Geschlechtsapparates. Sehr häufig ist es nun so, daß in diesem Stadium die mit untauglichen Mitteln unternommenen Erziehungsversuche zur Reinlichkeit einsetzen, die im Gange befindliche Kompensation stören und das Kind dazu verlocken, seine Organschwäche in die infantile Schablone seines Lebensplans einzubauen und zur Sicherung seines im Aufbau befindlichen Persönlichkeitsideals zu mißbrauchen. Handelt es sich, wie es schätzungsweise in 90 von 100 Fällen zutrifft, um ein verzärteltes Kind, das gewohnt ist, im Mittelpunkt zu stehen, nichts von der eigenen Leistung, alles aber von der Liebe und Hilfe der Umgebung zu erwarten, so wird ein solches Kind, wenn es in eine Situation hineingerät, für die es infolge seiner Verzärtelung nicht vorbereitet ist, wie z. B. die Geburt eines Geschwisters, versuchen, seine bedroht geglaubte Position mit Hilfe seiner Blasenschwäche zu verbessern. Dieser Versuch ist als eine begreifliche Verlockung anzusehen, die sich dem Kinde in seiner unverstandenen Not als naheliegender Ausweg aus seinen Schwierigkeiten anbietet. Haben

wir doch alle mehr oder weniger die Neigung, Erleichterungen zu suchen und in der Richtung des geringeren Widerstandes vorwärtszugehen. Jetzt wird das Kind zum Bettnässer, um dadurch die Mutter, die es vorwiegend mit dem jüngeren Konkurrenten beschäftigt sieht, zurückzugewinnen; denn die Mutter muß nachts aufstehen, um es auf den Topf zu setzen, das Bett frisch machen, die Flüssigkeit einschränken, das Fußende des Bettes hochstellen, belohnen, wenn das Bett trocken blieb, bestrafen, wenn es wieder naß wurde, den Arzt in Anspruch nehmen, damit die schwache Blase durch Faradisieren gestärkt wird, und was sonst an frustranen Versuchen zur Behebung des Leidens geschehen mag. Damit hat das Kind sein geheimes, unbewußtes Ziel erreicht: Es hat die Sorge und Verantwortung für sein dyskinetisches Organ derjenigen Person zugeschoben, von der es bisher alle Hilfen und Erleichterungen zu erwarten gewohnt war. Die aufopfernden Bemühungen der Mutter und später die des Vaters und der ganzen Umgebung sind ihm ein Maßstab für die Höhe der wiedergewonnenen Geltung und ein Pflaster für die blutende Wunde seines vermeintlichen Bedeutungsverlustes. So ist der Kinderfehler der Enuresis ein schönes Beispiel dafür, wie aus einem zunächst nur vegetativ oder morphologisch stigmatisierten Organ eine Betriebsstörung entsteht, die nach Einverleibung in den neurotischen Lebensstil zum nervösen Symptom wird, um als solches u. U. ein Leben lang mitgeschleppt zu werden.

Wenn wir nun einmal unseren Blick von den Symptomen des Patienten und seinen Betriebsstörungen ab- und uns seiner biologischen Anamnese zuwenden in der Hoffnung, von hier aus einen tieferen Einblick in das Gesamtgefüge seiner Persönlichkeit zu gewinnen, so erfahren wir folgendes:

Er war der älteste von 4 Kindern, nach ihm kam der um $1^1/_2$ Jahr jüngere Bruder, dann folgten 2 Schwestern. Er war der Liebling und der Stolz seiner Mutter, der er auch körperlich mit seinen dichten blonden Haaren weit mehr glich als der Bruder, dessen spärlicher dunkler Haarwuchs mehr dem kahlköpfigen Vater nachschlug. Wenn auch der Patient sich an diese frühesten Stadien seiner Kindheit nicht zu erinnern vermochte, so läßt doch die Kenntnis seines Lebensstils sowie die durchgängige Erfahrung des Psychotherapeuten über die Bedeutung der Geburt eines Geschwisters für den Aufbau des kindlichen Lebensplans den Schluß zu, daß das Kindheitsparadies des Patienten mit seiner einzigartigen Stellung als Mittelpunkt der Familie ein jähes Ende durch das Erscheinen des Bruders fand. Seine älteste Kindheitserinnerung lautet: „Ich sehe zu, wie meine Mutter sich das Kleid öffnet und meinem Bruder die Brust gibt.“

Ich darf hier als bekannt voraussetzen, daß Kindheitserinnerungen für die Psychotherapie insofern eine große Bedeutung haben, als sie einen affektbetonten Erlebnisinhalt des Patienten von ihm selbst unverstanden und daher

unbewußt und unentstellt von der geltungssüchtigen Regie des Bewußtseins treu und unverändert bewahren. Denn es kann kein Zufall sein, daß aus der großen Zahl möglicher Erinnerungen das Gedächtnis gerade diese und jene ausgewählt und für würdig erachtet hat, durch die Jahre hindurch mitgeschleppt und konserviert zu werden. So enthüllen die Kindheitserinnerungen dem verstehenden Blick des Psychotherapeuten kindliche Schwierigkeiten und Nöte, sie führen ihn, richtig gedeutet, d. h. vom Persönlichkeitsideal her gesehen, an die Wiege des kindlichen Lebensstils. Das Persönlichkeitsideal ist aber in rein formaler Beziehung immer ein Ideal der Überlegenheit, ein Ziel der Überwindung einer als minderwertig perzipierten Situation.

In der obigen Erinnerung sieht der Patient einen anderen die Stelle einnehmen, die er selbst bis vor kurzem inne gehabt hat und auf die er alleinigen Anspruch zu haben glaubte. Der Bruder erscheint als ein Usurpator, der sich die Rechte des Erstgeborenen anmaßt. Für die kindliche Apperzeption sieht es so aus, als ob die Mutter den Zweitgeborenen vorzöge: sie gibt ihm als Zeichen ihrer größeren Liebe die Brust. Die erste Enttäuschung eines auf die Geburt eines Geschwisters schlecht vorbereiteten Kindes über den vermeintlichen Verrat der Mutter ist da und hat ein Gefühl der Zurücksetzung hinterlassen. Wir werden daher nicht fehlgehen in der Annahme, daß dieses Kind in seinem Lebensstil Bereitschaften entwickeln wird, die darauf abzielen, die Mutter für sich allein zu besitzen und lästige Nebenbuhler fernzuhalten; ja, es wird sie da, wo sie unvermeidlich sind, mit den Augen der Mißgunst und des Neides betrachten. Es wird in Situationen, die eine Zusammenarbeit mit den anderen erfordern, Zuschauer sein und eine geringere Aktivität zeigen, wobei sich ihm eine Organschwäche des Sehapparates — Patient ist leicht hypermetrop — als organische Verlockung zum Aufbau eines nervösen Lebensstils anbietet. An dieser Stelle das Obwalten der Libido zu sehen, den Wunsch des Kindes nach dem sexuellen Besitz der Mutter, wo es sich doch lediglich um die Prätentionen eines verwöhnten Ältesten handelt, muß als abwegig und zum mindesten für die arische Rasse als unzutreffend bezeichnet werden. Aber auch abgesehen davon, daß der Glaube an die Allmacht der Sexualität unseren heutigen Vorstellungen von den Eigenschaften und Fähigkeiten unserer Rasse nicht entspricht, scheint mir in diesem Glauben noch ein unverdautes Stück Neurose zu stecken. Sehen wir doch gerade in der Neurose immer wieder jene Überschätzung der Sexualität als einer Himmel und Erde bewegenden Kraft, wie sie der psychotherapeutischen Methode der Psychoanalyse zugrunde liegt. Im Zauberkreis der Sexualität begegnen sich zuweilen die infantilen Irrtümer des Neurotikers und des Psychotherapeuten.

In einer Kindheitssituation wie der oben beschriebenen wird nun von der Mutter, in der das Kind den ersten Mitmenschen erlebt, sehr häufig ein Er-

ziehungsfehler gemacht, sie versagt in der Gewinnung des Kindes für die Gemeinschaft. Die Mutter unseres Patienten, eine fromme und etwas ängstliche Frau, die ständig um das Leben ihres kranken Mannes zittern mußte, für dessen Pflege sie sich aufopferte, fand wohl auf Grund eigener Kindheitsschwierigkeiten nicht den richtigen Weg, um ihren Ältesten vom Abgleiten in die Opposition zurückzuhalten. Vielleicht stand sie auf dem üblichen pädagogischen Standpunkt, daß man schlechte Charakterzüge eines Kindes schon im Entstehen unterdrücken müsse, und hat dies denn auch mit den landläufigen Mitteln versucht. Statt dessen hätte etwas Geduld und etwas verstehendes Wohlwollen in diesem ersten Stadium der Neurosenentstehung genügt, dem eifersüchtigen Kinde das Gefühl der Zurücksetzung und des Prestigeverlustes zu nehmen und ihm das Erlebnis einer über die Mutter-Kindbeziehung hinauswachsenden Gemeinschaft mit Vater, Bruder und Schwestern, Spielgefährten, Schulkameraden, Freunden und Volksgenossen zu vermitteln. An der Wiege des kindlichen Lebensstils, des neurotischen sowohl wie des gesunden, steht die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Neurosentherapie erfordert stets ein Hinabsteigen zu den Müttern, dies in einem realen, nicht faustisch-metaphorischen Sinne verstanden. Eine Analyse, die beim Vater stehen bleibt, ist meist nicht zu Ende geführt, denn ein Kind wählt gewöhnlich erst dann den Vater als Beziehungsperson, wenn es seine erste Enttäuschung mit der Mutter bereits hinter sich hat. Hieraus erhellt die große Bedeutung der Mutter für die richtige Einbettung des Kindes in die Gemeinschaft, und man kann sagen, daß die Aufgabe der Frau als Mutter darin besteht, den göttlichen Funken der Gemeinschaftsidee weiterzugeben von Generation zu Generation. Hiermit soll aber nicht gesagt sein, daß der Vater bei der Lösung dieser Aufgabe nichts zu tun hätte, oder sogar die Verantwortung für einen erzieherischen Mißerfolg der Mutter zuschieben könnte, es sollte vielmehr nur die primäre Rolle der Mutter auf Grund der innigen biologischen Verbundenheit des Säuglings mit der Mutter hervorgehoben und ihr die sekundäre, aber darum nicht minder verantwortungsvolle des Vaters entgegengesetzt werden. Der Vater erscheint sozusagen erst im 2. Akt des kindlichen Dramas. Von da ab wird Erziehung eine Aufgabe ehelicher Gemeinschaft.

Zweitens soll aber auch nicht gesagt sein, daß ein fehlerhaftes Verhalten eines Elternteils oder beider die Ursache für das Entstehen einer Neurose sei, so daß sich hier eine konditionale Gesetzmäßigkeit konstruieren ließe analog den naturwissenschaftlichen Bedingtheiten. Jedoch im Reich der Zwecke verblaßt die Ursache zu einer einfachen Möglichkeit. Ein Erziehungsfehler kann natürlich die Entstehung einer Neurose begünstigen, ebensogut wie ein Organfehler mit seiner erschwerten Einregulierung in die Ganzheit der Person, und wir können es verstehen, wenn ein Mensch auf Grund erschwerter Start-

bedingungen in die Neurose abbiegt, von ihr Erleichterungen in seinen Schwierigkeiten erhoffend. Von einer kausalen Notwendigkeit der Neurosenentstehung kann eben nur vom Standpunkt des Neurotikers aus gesprochen werden, der seine eigene schöpferische Kraft gering einsetzt und geneigt ist, die Verantwortung für sein Versagen im Leben den Eltern, den Lehrern, seinen schwachen Organen, seinen wirtschaftlichen Verhältnissen, dem Zufall usw. zuzuschieben. Die Ursache eigenen Nichtgenügens außerhalb seiner selbst suchen, heißt eben neurotisch sein. Gesundwerden heißt dagegen, sich frei machen von der Verantwortungslosigkeit infantiler Bindungen, um frei zu werden für eine echte Selbständigkeit und Selbstverantwortung. Ein Zwang zur Neurose besteht also nur für den Neurotiker, nicht für den Gesunden.

Unser Patient nun entwickelte nach der Geburt seines Bruders eine Reihe von Haltungen, die ihm geeignet schienen, sein verloren geglaubtes Prestige zurückzuerobern und wieder Mittelpunkt der Familie zu werden. Er, der zunächst ein sehr ruhiges Kind war, wurde nun lebhaft und unruhig, kletterte auf Tische und Stühle, bemächtigte sich aller Gegenstände, deren er habhaft werden konnte, um sie nach Möglichkeit zu zerstören. Er fiel häufig und stieß sich an allen Ecken und Kanten, wobei er jedesmal ein lautes Gebrüll ausstieß, das die Umgebung herbeirief und sie zwang, sich mit ihm zu beschäftigen. Jetzt setzten die Erziehungsversuche des Vaters ein, der infolge seines Herzleidens und seines Berufes als Lehrer nervös und reizbar war und in der Familie vor allem die Ruhe suchte. Auch die Mutter, die sich in allen Stücken ihrem geistig überlegenen Manne unterordnete, hatte für äußerste Ruhe zu sorgen, wenn der Vater im Hause war; und so kam es, daß beide Eltern, insbesondere aber der Vater, sich dem Toben ihres Ältesten gegenüber nicht anders als mit Schlägen zu helfen wußten, nachdem gütliche Methoden versagt hatten. Diesem Zwang gegenüber änderte das Kind bald seine Taktik, indem es aus der Haltung eines aktiven in die eines passiven Trotzes überging und nun mit Hilfe seiner funktionellen Blasenschwäche die Mutter nötigte, sich auch nachts mit ihm zu beschäftigen. Das Kind schreit jetzt mit seinem dyskinetischen Organ nach der Mutter, eine Erscheinung, die man als Organdialekt bezeichnet hat. Der nun einsetzende und Jahre hindurch fortgesetzte Kampf zwischen Eltern und Kind um das Ziel der Sauberkeit endete, weil mit falschen Mitteln geführt, mit einer völligen Niederlage der Erzieher. Alle Bemühungen und Versprechungen der Mutter, alle Wutanfälle und Züchtigungen des Vaters, alle gutgemeinten Experimente des Großvaters (s. o.) konnten den Jungen nicht dazu bewegen, auf seine organisch und vegetativ stigmatisierte Reizblase als Kampfmittel zu verzichten, um sie kompensatorisch einem gemeinschaftsgebundenen Funktionsganzen einzugliedern. Die Betriebsstörung blieb, wenn auch in abgeschwächter Form, bis ins Mannes-

alter hinein bestehen, führte sogar infolge Überladung der Sexualsphäre mit ängstlicher Aufmerksamkeit zum Autoerotismus in Form der Masturbation und später zur Impotenz in Form der Ejaculatio praecox, Dinge, die auf einer fehlerhaften Einstellung zur Frau beruhen und in dem oben beschriebenen Versagen jener ursprünglichen Mutter-Kindbeziehung ihre gemeinsame Wurzel haben. Masturbation und Impotenz sind die sexuellen Ausdrucksbewegungen eines Menschen, dessen kindliches Training sich nie in der Richtung auf Einordnung und Mitspielen in der Gemeinschaft, sondern von jeher auf der Linie eines selbstsüchtigen Solipsismus und eines mutlosen Einzelgängertums bewegte. Auf diese an sich hochinteressanten Störungen der Liebesfähigkeit des Patienten, die zu einem Ausweichen vor dem Liebesproblem geführt hatten, muß ich mir versagen näher einzugehen. Hier handelt es sich nur darum, zu zeigen, an welcher Stelle das vegetativ stigmatisierte Organ in den nervösen Lebensstil eingebaut wird, um auf diese Weise an einem Beispiel aus der Praxis darzulegen, wo die vegetative Stigmatisation aufhört und die Neurose anfängt. Ergänzend möge noch erwähnt werden, daß unser Freund mit 32 Jahren noch unverheiratet ist, und es bisher nicht fertiggebracht hat, mit einer sozial gleichwertigen Partnerin eine Liebesbeziehung anzuknüpfen. Sein Mut reichte nur aus zu passageren sexuellen Verantwortungslosigkeiten, die gewöhnlich mit einem Fiasko endeten. Die folgende Depression verdichtete seine Mutlosigkeit bis zu Vorstellungen der Selbstvernichtung, drängte ihn aber andererseits auch in die Auseinandersetzung mit seinen Schwierigkeiten und deren Klärung hinein.

Während nun der Kampf um die Trockenhaltung des Bettes von beiden Seiten mit zunehmender Erbitterung geführt wurde, gelang es dem Kinde mehr und mehr, auch den Vater in seinen Dienst zu stellen. Dieser hatte den Ehrgeiz, seinen Sohn im Leben weiterzubringen als er selbst es vermocht hatte. Er stammte aus kleinen Verhältnissen und hatte es durch seinen Fleiß und mit Hilfe von Stipendien bis zum Lehrer gebracht. Jedenfalls bereitete der Vater seinen Ältesten selbst auf die Schule vor, um es ihm zu ermöglichen, die unterste Klasse zu überspringen, eine Maßnahme, die vom Kinde offenbar mit einem heimlichen Triumphgefühl begrüßt wurde, war sie doch nicht nur ein Gradmesser für seine Geltung beim Vater, sondern vergrößerte auch den Abstand zum nachfolgenden Bruder, dem diese Bevorzugung nicht zuteil wurde. Auch die Formen der Höflichkeit und des guten Benehmens, die ihm selbst offenbar gewisse Schwierigkeiten gemacht hatten, suchte der Vater frühzeitig seinen Kindern beizubringen. Er verband Knigges Umgang mit Menschen mit den Vorschriften des preußischen Exerzierreglements, da ihm, dem schwer körperbehinderten Manne, auch die körperliche Ertüchtigung seiner Kinder als erstrebenswertes Ziel vorschweben mochte. Zu diesem Zweck

ließ er die Kinder dem Alter nach antreten und sie durch Hof und Garten marschieren, wobei er das Kommando und die Gebräuche des Kasernenhofes nachahmte. Im Anschluß daran ging der Vater in ein Zimmer, die Kinder mußten draußen vor der geschlossenen Tür Aufstellung nehmen und der Reihe nach anklopfen, eintreten, Hut abnehmen, Verbeugungen machen, Hand geben, Begrüßungs- und Abschiedsformeln hersagen usw. Unser Patient, der als der Älteste immer zuerst an der Reihe war und den Geschwistern ein gutes Beispiel geben sollte, antwortete mit linkischem Benehmen, Ungeschicklichkeit und Verlegenheit. Bekam dann der Vater einen Wutanfall, bei dem sich sein Gesicht blaurot verfärbte und Atemnot eintrat, so errötete auch der Sohn unter dem imponierenden Eindruck väterlicher Machtfülle und wurde noch ängstlicher, linkischer, ungeschickter; er bekam Herzklopfen, wobei er das Gefühl hatte, als ob ihm die Luft abgeschnitten würde, stolperte, stieß an, schwitzte am ganzen Körper, besonders aber an den Händen, wenn er jemand die Hand reichen sollte und zitterte vor dem Öffnen einer Tür. Dies erzürnte nun den ehrgeizigen Vater, der bereits seine Pläne an dem passiven Widerstand des Sohnes scheitern sah, noch mehr, und so endeten solche Szenen meist mit derben Züchtigungen mittels einer Riemenpeitsche unter dem vereinten Geheul aller Kinder, bis dann durch das Hinzutreten der Mutter die hochgehenden Wogen der väterlichen Entrüstung und der kindlichen Verängstigung sich allmählich wieder glätteten.

Diese Kindheitserinnerung habe ich absichtlich so eingehend geschildert, um an ihr die Entwicklung der übrigen nervösen Symptome aufzuzeigen. Von seiner kardiovaskulären Stigmatisation war bereits oben ausführlich die Rede, so daß hier darauf verwiesen werden kann. Jetzt sehen wir, wie das Kind, bereits entmutigt durch das Urerlebnis von der Unzuverlässigkeit der Mutter und in seiner Gemeinschaftsbezogenheit erschüttert, daran geht, sein Persönlichkeitsideal gegenüber den Forderungen der Gemeinschaft zu sichern und zu verstärken. Wollte man dieses Persönlichkeitsideal, das wir vorhin rein formal als ein Ideal der Überlegenheit bestimmt haben, auch inhaltlich präzisieren, so würde es etwa lauten: ich beanspruche überall eine bevorzugte Position, und da, wo ich nicht der erste sein kann, spiele ich nicht mit. Als nun auch noch die Verneinung seiner Person durch den jähzornigen Vater hinzukommt, vom Kinde selbst bereits unbewußt eingeleitet und gefördert, da bietet sich ihm als willkommene Verstärkung seiner Sicherungen die konstitutionelle Schwäche seines Herzgefäßapparates dar: es werden, in Anlehnung an das väterliche Vorbild, pseudoanginöse Zustände von Atemnot, Herzklopfen und Schwitzen arrangiert. Die labilen Vasomotoren verlocken zum Symptom des Errötens, in dem ebenfalls eine gewisse Analogie mit den Wutanfällen des Vaters zu erkennen ist. Auch hierin sehen wir wieder den tiefen

Eindruck, den der Vater als die machtvollste Person in der Familie auf die kindliche Seele gemacht haben muß. Mit der Wut kommt man am schnellsten zur Überlegenheit, war das naheliegende Ergebnis frühkindlicher Erfahrung. Das Erröten ist nun, wie jedes nervöse Symptom, zweideutig, es dient einmal der Demonstration der Schwäche und bildet einen Appell an die Umgebung zur Hilfeleistung und Herabsetzung ihrer Erwartungen auf etwaige Leistungen; es hat also in diesem Falle ein weibliches Vorzeichen. Ein andermal sucht es den Schein von Stärke in Form aggressiver Männlichkeit zu erwecken, die unter Produktion von Affekten des Zornes, der Wut und der Eifersucht auf Vernichtung und Ausschaltung des Gegners gerichtet ist. Immer aber steht es im Dienste des heimlichen Zieles persönlicher Überlegenheit, das natürlich nur auf Kosten der Gemeinschaft zu verwirklichen ist. So gesehen, präsentiert sich das Erröten als passive Aggression, als Wutanfall eines Entmutigten.

Beide Symptomenkomplexe, der angioneurotische sowohl wie der urogenitale, erhalten nun die Aufgabe zugeteilt, den Träger einer solchen ehrgeizigen Weltanschauung vor einer Erprobung durch die gefürchtete Wirklichkeit der Gemeinschaft zu bewahren, die seinen Unwert offenbaren würde. Für die Gemeinschaft war unser Patient nicht vorbereitet, sie hatte sich ihm im Falle der Mutter als Verrat, im Falle des Vaters als Despotie erwiesen, ihre Umgangsformen und ihre Gebote der Reinlichkeit entpuppten sich als Kasernenhofdrill und als ein ungeheurer Zwang, dem man nur mit dem Gegenzwang des nervösen Symptoms begegnen konnte. Dieses seinerseits wird erzwungen von dem Affekt der Angst, der angesichts des Abgrundes der Gemeinschaft, vor den das entmutigte Ich sich plötzlich gestellt sieht, als eine Todes- und Vernichtungsangst mit allen dazugehörigen Anzeichen auftritt. Der emotionale Effekt einer Wertvernichtung ist jedoch gleichbedeutend mit der Auslöschung der Gesamtpersönlichkeit, die ja ohne Wert nicht bestehen kann. Nun, glaube ich, verstehen wir es besser, warum unser Patient eine geschlossene Tür nur unter Erröten, Herzklopfen und Schwitzen öffnen kann: hinter ihr lauert die Wertvernichtung, empfangen ihn Demütigungen und Erniedrigungen, Spott und Hohn. Vor einer solchen Gemeinschaft mußte man sich schützen, der angioneurotische Symptomen-Komplex bot sich als willkommener Ausweg, und in Zukunft trennt eine geschlossene Tür den Patienten von seinen Mitmenschen. Ob es nun die Tür des Klassenzimmers war, oder die des Hör- oder Gerichtssaales, oder die seines Wartezimmers, er vermochte sie stets nur unter Überwindung ungeheurer Hemmungen zu öffnen. Häufig machte er vor ihr halt und fand nicht den Mut, hineinzugehen. Er beschränkte sich auf den kleinstmöglichen Kreis, am liebsten war er mit einem Freunde, einem Klienten, zusammen; da fühlte er sich ganz wohl und seiner Aufgabe gewachsen. Da-

gegen wurde die Sache schwierig in der Öffentlichkeit des Gerichtssaales oder in Gesellschaften. Vor diesen Türen kehrte er gern um. Er war immer ein guter Schüler gewesen und vergrößerte durch gute Leistungen unbewußt den Abstand zwischen sich und dem nachfolgenden Bruder, der in der Schule nicht mitkam und immer weiter zurückblieb. Der Bruder dagegen konnte alles das, was dem Patienten fehlte, er war ein beliebter Gesellschafter, tanzte gut, redete gut usw. Zu seinen 2 Schwestern hatte der Patient kaum Beziehungen, sie erschienen einmal in einem seiner Träume als 2 Gänse, eine entwertende Bezeichnung des entmutigten Ehrgeizlings für das weibliche Geschlecht. Alle seine Geschwister hatte er offenbar ungern kommen sehen, sie hatten ihm die Mutter gestohlen, und so entwickelte er ihnen gegenüber erstmalig jene Ausschaltungstendenz, die er später auf die Gemeinschaft als solche ausdehnte. Es war die Verneinung des sich verneint Fühlenden. In einem seiner Träume kam einmal die Gleichung vor: 4 = 0. Die Deutung ergab, daß, wenn seine 3 Geschwister und der Vater wegfielen, er die Mutter für sich allein habe. Auf diese einfachste Formel brachte er selbst sein überlebensgroßes und heimlich behütetes Persönlichkeitsideal. Er trainierte ein halbes Leben den Rückzug vor der Gemeinschaft, die sich ja doch nicht beseitigen ließ, und produzierte Affekte von Wut, Haß, Neid und Eifersucht gegen Geschwister, Freunde und Mitarbeiter, von denen er glaubte, daß sie seinen Prätentionen auf Privilegien, Verwöhnung und fremde Hilfe im Wege stünden.

In den Dienst des Rückzuges vor der Gemeinschaft tritt allmählich die gesamte Persönlichkeit mit allen ihren Bezogenheiten: er kann niemandem die Hand geben, weil seine Hände stets naß sind, er kann nicht reden, weil er Herzklopfen und Atemnot bekommt, er kann nicht lieben, weil er ein sehr lästiges Leiden, eine Sexualneurose hat, und beim Fixiertwerden wendet er den Blick ab und hört kaum zu, was der andere sagt. Alle diese gemeinschaftsfeindlichen Haltungen sind zweifellos mit einem Leiden erkauft, aber für den, der Ohren hat zu hören, beinhalten sie gleichzeitig auch schon den Trost in diesem Leiden, die Ausrede, die Entschuldigung. Was hätte der Patient nicht alles im Leben erreichen können, wenn er nicht vegetativ stigmatisiert gewesen wäre?! Und hier enthüllt sich uns nun der letzte und tiefste Grund, weswegen wir den Begriff der vegetativen Stigmatisation im Sinne einer Krankheit ablehnen müssen: er würde dem Patienten eine letzte Ausrede, eine letzte Flucht in die Verantwortungslosigkeit, eine letzte Ausbeutung der Gemeinschaft ermöglichen mit dem Hinweis darauf, daß sein krankhaftes Organgeschehen eine Änderung seines Lebensstils nicht zulasse. Organe dagegen, die als Ausdruck ihrer Schwäche und Krankheitsbereitschaft morphologische und vegetative Stigmata aufweisen, sind kompensationsfähig und können, nach Ausschälung aus dem nervösen Lebensstil und nach Beseitigung der Ausbeutung

ihrer labilen Vitalität durch das Persönlichkeitsideal, in ein gemeinschaftsbezogenes Funktionsganze durchaus funktionstüchtig einreguliert werden. Durch diese Auffassung, deren Richtigkeit natürlich nicht mathematisch bewiesen werden kann, sondern mehr erlebnismäßig evident gemacht werden muß, wird dem Neurotiker die letzte Aussicht auf ein Ausweichen in den Negativismus genommen und ihm die mutige Auseinandersetzung mit den positiven Dingen des Lebens als einzig möglicher Ausweg aus seinem Leiden nahegelegt. Einer solchen Logik, die ihre eiserne Konsequenz aus ihrer Gemeinschaftsverbundenheit bezieht und der wohlwollenden Geduld des Psychotherapeuten weicht schließlich der Widerstand des Patienten und treibt ihn in den Prozeß der Auflockerung seines nervösen Lebensstils und der Anpassung an die Wirklichkeit des lebendigen Ganzen.

Unserem Anwalt nun war es, wenn auch unter mannigfachen Erschütterungen, gelungen, seine Lebensmethode bis zu seinem Eintritt in das Berufsleben aufrechtzuerhalten. Er gehörte zum Typ des siegreichen Ältesten, wenn es gestattet ist, da von Typen zu reden, wo alles einmalig ist. Er hatte den Bruder weit hinter sich gelassen und seine Examina an der Universität mit Auszeichnung bestanden. Er war ein Intellektueller, ein mit allen Wassern der Klugheit und der Gesetzeskunde gewaschener Jurist. Nun kam das Leben mit seinen Aufgaben und bewies ihm, daß es zu wenig ist, nur intelligent zu sein. Das Akutwerden der dringlichen Probleme von Liebe, Arbeit und Volksverbundenheit brachten sein wurmstichiges Persönlichkeitsideal ins Wanken und führten zum nervösen Zusammenbruch. Nach einer Reihe mißglückter Behandlungsversuche kam er zur Psychotherapie. Es gelang in einem längeren Zeitraum, seine infantilen Irrtümer aufzudecken und das stolze Gebäude seiner Neurose, das er sich über dem brüchigen Fundament seiner stigmatisierten Organe errichtet hatte, zu entlarven als einen ihm unverstanden gebliebenen Trick, sein wirklichkeitsfremdes Ziel persönlicher Überlegenheit auf Kosten der Gemeinschaft zu sichern. Hand in Hand mit diesem negativen Teil der psychotherapeutischen Arbeit ging der Aufbau eines besseren Ideals der Gemeinschaft einher, das es dem Patienten ermöglichte, den letzten Sinn seines Lebens nicht mehr in eitler Selbstgenügsamkeit, sondern in lebendiger Mitarbeit an den gemeinsamen Aufgaben des Berufes, der Familie und des Volkes zu erblicken. Es erübrigt sich, hinzuzufügen, daß der Patient auf dem besten Wege ist, dieses Ziel zu verwirklichen, ohne sich durch dessen Unerreichbarkeit den Mut zum Vorwärtsschreiten nehmen zu lassen.

Zum Schluß bedarf es noch einer Rechtfertigung meines Unternehmens, einen einzelnen Fall einer so eingehenden Darstellung unterzogen zu haben; vor allem aber deswegen, weil es mir nicht gelungen ist, auf die zum Teil aus-

führliche Schilderung einiger subjektiver Erlebnisse, Kindheitserinnerungen, Träume usw. zu verzichten, obwohl ich mir der absolut einmaligen individuellen Bedeutung dieser Dinge bewußt bin. Bei genauerem Zusehen jedoch erscheint es als die Aufgabe des einzelnen Falles, uns zum Allgemeinen hinzuführen und umgekehrt als die Aufgabe des Allgemeinen, uns den einzelnen Fall begreiflich zu machen. Und so habe ich denn in unserem speziellen Fall versucht, einerseits an Hand der subjektiven Erlebnisse gerade diejenigen Punkte in der biologischen Genese eines Individuums aufzuzeigen, wo es die allgemeingültigen Bahnen der Gemeinschaft verläßt und den Irrweg der Neurose betritt, andererseits durch Vergleich seines Verhaltens mit den Spielregeln echter Gemeinschaft uns die Möglichkeit und die Größe dieses Irrtums verstehen zu lassen.

Die Klagen des Patienten führten uns zunächst zum hereditär minderwertigen Organ, dessen funktionelle Schwäche und Krankheitsbereitschaft durch eine Reihe morphologischer und vegetativer Stigmen gekennzeichnet war. Am Organ machten sich nun frühzeitig eine Reihe von Betriebsstörungen oder Dyskinesien geltend, die wir darauf zurückführten, daß sich der nervöse Lebensstil des unsicher gewordenen Kindes der Organschwächen bemächtigte, um sie in den Dienst des fiktiven Leitbildes der Persönlichkeit zu stellen. Dieses Persönlichkeitsideal, das wir formal und inhaltlich näher umgrenzten, erwies sich jedoch als ein Scheinideal, da es das Kennzeichen eines echten Ideals, nämlich Allgemeingültigkeit, vermissen ließ. Es würde daher wohl besser als ein Idol bezeichnet, wenn nicht schon durch die Wortverbindung mit dem Begriff Persönlichkeit seine einmalige individuelle Geltung angedeutet wäre. Um nun die Entstehung dieses Persönlichkeitsideals und damit die finale Verknüpfung kausaler Zusammenhänge einigermaßen verständlich zu machen — ganz verstehbar wird sie erst durch den Akt des Nacherlebens — mußten wir auf die Kindheitssituation, die Stellung in der Geschwisterreihe, Erziehungsfehler, Kindheitserinnerungen, Träume usw. des breiteren eingehen. Ohne diese Momente, die einem Dogmatiker der Kausalität vielleicht als romanhafte Beigabe erscheinen könnten, würde uns die Schablone des kindlichen Lebensstils und damit der Sinn des nervösen Symptoms ewig verborgen bleiben. Das ist der eigentliche Grund, warum diese Dinge trotz der Unvollständigkeit ihrer Darstellung einen so verhältnismäßig breiten Raum beansprucht haben.

Nur vom fiktiven Ziel aus gesehen wird uns das Verhalten eines Menschen verständlich, nur vom Ziel aus erhalten wir einen Einblick in die seiner Verwirklichung dienenden Mittel. Ist dieses Ziel allzu wirklichkeitsfremd, ichhaft, geltungssüchtig, so resultiert das, was wir als Neurose bezeichnen; be-

wegt es sich dagegen in den allgemeingültigen Normen wirhafter sozialer Verbundenheiten, so haben wir das, was wir Gesundheit nennen. Im Fall der Neurose, die uns hier in erster Linie interessiert, bleibt eine Einregulierung von Funktionsstörungen in die finale Ganzheit der Person aus, Kinderfehler und Betriebsstörungen mannigfacher Art bleiben ein Leben lang bestehen und können im Anschluß an Belastungsproben durch exogene Noxen, aber auch ohne diese rein endogen zu organischen Krankheiten führen. Die endogene Entwicklung eines organischen Leidens aus einer Betriebsstörung heraus findet darin ihre Erklärung, daß das dyskinetische Organ in den Mittelpunkt einer intrapsychischen Aufmerksamkeit und Beachtung gerät, ängstlich behütet und umhegt wird und dadurch sozusagen aus dem Gesamtzusammenhang des Funktionsganzen als etwas Besonderes herausgelöst wird. Es erhält eine Bedeutung, die ihm nicht zukommt, und es ergibt sich aus diesen Beziehungen der Organe unter sich und zum Ganzen der Person eine sinnvolle Parallele zu den Beziehungen der Personen unter sich und zum Ganzen der Gemeinschaft. Diesen Verhältnissen scheint ein soziales Gesetz zugrunde zu liegen ähnlich einem Naturgesetz. Es würde lauten: Weder das Organ noch sein Träger können ungestraft Mittelpunkt sein, es sei denn infolge ihrer Leistung für die Gemeinschaft.

Aus dem Gesagten geht aber auch hervor, daß die Begriffe von Gesundheit und Krankheit sich nur scheinbar verhalten wie These und Antithese. Gesundheit ist eine Aufgabe, die wir nur schrittweise unter fortgesetzten Bemühungen um eine bessere Anpassung an die Forderungen des Kosmos lösen können. Von der Verwirklichung dieses Ideals sind wir alle mehr oder weniger weit entfernt; das Entscheidende ist, daß wir uns auf dem Wege befinden, der in die Richtung des Zieles führt, wobei uns dessen Unerreichbarkeit nicht entmutigen, sondern uns höchstens zu einem Gefühl der Resignation in gesunder Erkenntnis menschlicher Beschränkungen und Grenzen führen darf. Krankheit dagegen ist Funktionsstörung eines von der Erbanlage aus minderwertigen Organs, dessen kompensatorische Einfügung in die personale Ganzheit deshalb mißlang, weil das Ich sie abseits von der bindenden Norm der Gemeinschaft erstrebte. Gesundheit und Krankheit haben also eine gemeinsame Wurzel, das minderwertige Organ, und es hängt von der Zielsetzung des Individuums ab, ob es zur Überwindung der Organschwäche oder zur Betriebsstörung kommt. Dazwischen gibt es, je nach dem Grade der Minderwertigkeit und der Stärke des exogenen Faktors unendliche Zwischenstufen von mehr oder weniger gelungener Kompensation, von der einfachen Betriebsstörung angefangen bis zur Neurose oder zur morphologischen Organveränderung.

So bringt die Ganzheitsbetrachtung auch in die verwickelten Probleme von Gesundheit und Krankheit den konstruktiv vereinheitlichenden Zug, indem sie die chaotische Vielheit der Erscheinungen unter dem Gesichtspunkt der Leib-Seele-Einheit der Person ordnet und zusammenfaßt. Ihr fundamentaler Satz lautet: Das Ganze ist eher als die Teile, als deren Summe es nicht begriffen werden kann. Ihre Methode ist die final-synthetische gegenüber der kausal-analytischen einer naturwissenschaftlichen Teilbetrachtung. Die Ganzheitsbetrachtung ist heute keine blasse theoretische Forderung mehr, deren Notwendigkeit man zwar anerkennt, auf deren praktische Durchführung man aber resignierend verzichten müßte. Sie ist keine „unbestimmte Sehnsucht in nebelhaft unerreichbarer Ferne“ (v. Bergmann), sie ist vielmehr die Methode jeder echten Psychotherapie.

Der Name Psychotherapie ist ja etwas mißverständlich und könnte zu der Annahme verleiten, als ob diese Behandlungsmethode bewußt den Körper vernachlässige und sich ausschließlich mit der Seele befasse; oder als ob sie körperliche Symptome von der Seele aus heilen wolle, wobei die weitverbreitete Anschauung von der Psychogenie somatischer Erscheinungen eine Rolle spielt. Beide Vorstellungen beruhen auf der alten Auffassung eines Dualismus von Leib und Seele, haben daher mit Ganzheitsbetrachtung nichts zu tun. Richtig ist allerdings, daß erst die Psychotherapie auf Grund ihrer Erkenntnisse bei der Neurosenforschung, Ganzheitsbetrachtung dadurch ermöglicht hat, daß sie die Seele in die seelenlose materialistische Heilkunde hineinbezog. Psychotherapie im eigentlichen Sinne ist Ganzheitstherapie. Final gesehen verschmelzen die beiden Erscheinungsformen des Lebendigen zu einem einheitlichen Ganzen, das seinerseits wieder nur Teil eines übergeordneten und überpersönlichen Ganzen, der Gemeinschaft, ist. Oder anders ausgedrückt: „Das Individuum ist zugleich Einzelganzes und Gliedganzes“ (Leonhard Seif). „Du bist ein Teil und stehst doch ganz vor mir?“ fragt der erstaunte Faust den Mephisto, der sich ihm als Teilkraft vorgestellt hat. Mephisto antwortet:

„Bescheidne Wahrheit sprech’ ich dir,
Wenn sich der Mensch, die kleine Narrenwelt,
Gewöhnlich für ein Ganzes hält.“

In diesem klassischen Dialog sind die beiden oben beschriebenen Aspekte des Ganzheitsbegriffs dargestellt: Faust, der Individualist, meint die Person als Einzelganzes und übersieht ihre Bestimmung als Teil einer Gemeinschaft, eine Erkenntnis, zu der er erst am Schluß seines Lebens nach vielen Irrungen und Wirrungen gelangen soll; Mephisto hat das dämonische Wissen um die

Gliedhaftigkeit des Einzelganzen, kann sich aber von der erlösenden Wirkung echter Gemeinschaft auf das ichverhaftete Einzelganze kein Bild machen. Beide reden aneinander vorbei, ohne sich zu verstehen.

Auch Schiller, der Kantianer, hat einmal die Ambivalenz menschlicher Ausdrucks- und Verhaltungsweisen und ihre Versöhnung durch die Ganzheitsbetrachtung dichterisch dargestellt. Seine Verse mögen diese Arbeit beschließen:

„Ein Janusbild laß ich vor Dir erscheinen,
die Freude siehst Du hier, und hier den Schmerz.
Die Menschheit wechselt zwischen Lust und Weinen,
und mit dem Ernste gattet sich der Scherz.
In allen seinen Tiefen, seinen Höhen,
roll' ich das Leben ab vor Deinem Blick,
Wenn Du das große Spiel der Welt gesehen,
dann kehrst Du reicher in Dich selbst zurück:
denn, wer den Sinn aufs Ganze hält gerichtet,
dem ist der Streit in seiner Brust geschlichtet.

Literatur-Verzeichnis

v. Bergmann: Funktionelle Pathologie. 2. Aufl. Jul. Springer, Berlin 1936. Derselbe: Funktionelle Pathologie des vegetativen Nervensystems. Handbuch der inneren Medizin von Bergmann-Staehelin. Bd. 5. 2. Aufl. Jul. Springer, Berlin 1925. Derselbe: Klinisch-funktionelle Pathologie des vegetativen Nervensystems i. Handbuch d. norm. u. path. Physiologie. Bd. 16, 1. Hälfte. Jul. Springer, Berlin 1930. Adler: Studie über Minderwertigkeit von Organen. J. F. Bergmann, München 1927. Dietrich: Die philosophische Grundlage des Nationalsozialismus. Ferd. Hirt, Breslau 1935. M. H. Göring: Weltanschauung und Psychotherapie i. Zentralblatt f. Psychotherapie. Bd. 9. S. Hirzel, Leipzig 1935. Grote und Brauchle: Gespräche über Schulmedizin und Naturheilkunde. Leipzig 1935. Kretschmer: Körperbau und Charakter. 9. u. 10. Aufl. Jul. Springer, Berlin 1931. Künkel: Einführung in die Charakterkunde. S. Hirzel, Leipzig 1928. Derselbe: Die Arbeit am Charakter. Friedrich Bahn, Schwerin i. Mecklenburrg 1929. Seif: Zur Problematik der Psycho- u. Somatotherapie der Neurosen i. Int. Zeitschrift f. Individualpsychol. 9. Jahrg. S. Hirzel, Leipzig 1931. Derselbe: Zur Synergie der Gegensätze i. Int. Zeitschrift f. Individualpsychol. 9. Jahrg. S. Hirzel, Leipzig 1931. Derselbe: Volksgemeinschaft und Neurose i. Zentralblatt f. Psychotherapie. Bd. 7. S. Hirzel, Leipzig 1934. Siebeck: in Bergmanns Lehrbuch der inneren Medizin. Jul. Springer, Berlin 1934. Köhler: Gestaltprobleme und Anfänge einer Gestalttheorie. Sammelbericht in den „Jahresberichten über die gesamte Physiologie 1922". Jul. Springer, Berlin 1924.

REFERATE

Sämtliche in diesem Heft besprochenen oder vom Verlag angezeigten Bücher sind in allen deutschen Buchhandlungen zu erhalten. — Die mit einem Stern (*) bezeichneten Referate sind den „Psychological Abstracts" entnommen.

I. Psychotherapie

a) Suggestion, Hypnose, autogenes Training

Schultz, J. H., Kompensatorisches Training (Aiginger) und autogenes Training. Psychiatrisch-neurologische Wschr. 1937. Bd. 39. No. 49.

Eine Kritik der Ansicht Aigingers, daß eine Neurose lediglich eine versagende Funktion sei. Verf. fragt mit Recht: „Warum versagt sie?" Er vermißt bei A. die Erkenntnis der Ganzheit des Menschen, das Lebendige in allen seinen Vitalfunktionen.

M. H. Göring-Berlin.

Schultz, J. H., Rundschau: Psychotherapie, Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Mai 1936 u. 1937. J. F. Lehmanns Verlag.

Ein guter Überblick über die Neuerscheinungen des verflossenen Jahres unter besonderer Hervorhebung der Wichtigkeit der Gründung des Deutschen Institutes für psychologische Forschung und Psychotherapie. M. H. Göring-Berlin.

b) Tiefenpsychologie

Heun, E., Heilung durch seelische Aussprache — Selbsterkenntnis und Selbstentwicklung. Ztschr. ärztl. Fortbildung. 1937. Bd. 24.

Kurze Einführung in das Wesen der Analyse unter stark schematisierender Darstellung der Charakteristika der verschiedenen Richtungen mit einem Bekenntnis zu Jung. W. Kemper-Berlin.

Bahle, Julius, Arbeitstypus und Inspirationstypus im Schaffen der Komponisten. Ztschr. f. Psychol. 1938. Bd. 142. S. 313—322.

Erfahrungen einzelner schöpferischer Menschen und Schaffenstheorien und Anschauungen ganzer Geschichtsepochen sprechen für den im Schaffensprozeß immer wiederkehrenden Dualismus Machen — Wachsen, Bewußt — Unbewußt, aktive Arbeit — passive Inspiration. Komponieren als zielstrebige und wertbewußte Tätigkeit hat eine allgemeine, für alle Schaffenstypen gültige Struktur; seine Analyse führt über differentiell-psychologische Schaffensvarianten zu Schaffenstypen. Diese Problematik wird mit Bezug auf des Verf. „Der musikalische Schaffensprozeß" (Leipzig, Hirzel, 1936) näher durchgeführt (R. Strauß, H. Pfitzner Selbstberichte).

J. H. Schultz-Berlin.

Bornemann, E., Wirkungen der zwangsläufigen Arbeit mit übersteigertem Tempo. Ein Beitrag zur Ermüdungsforschung und Willenstheorie. Ztschr. f. angew. Psychol. 1938. Bd. 54. S. 145—263.

Aus der Meisterwerkstatt von N. Ach-Göttingen erfolgt hier eine vorbildlich gründliche, klare, kritische und exakte experimentelle Studie über die „Hast", deren kennzeichnende Rolle bei vielen Neurotikern bekannt ist. „Zwangsläufige Arbeit" ver-

langt „gleichartige Einzelarbeiten fortlaufend in festgesetzten, gleichen Arbeitszeiten auszuführen" (in der Praxis Bandarbeit oder gebundene Fließarbeit). Düker und Graf stellten experimentell fest, daß die gebundene Arbeit der freien Arbeit überlegen ist, bei der der Arbeiter ohne Bindung werkt. Die „zwangsläufige" Arbeit (Z. A.) gibt subjektiv dem Arbeiter mehr Freiheit, nur muß das Tempo richtig sein; daher ist die vorliegende Arbeit diesem bisher in diesem Zusammenhange nicht speziell bearbeiteten Problem gewidmet; sie will „der Gefahr einer Überanstrengung durch Übersteigerung des Tempos bei Bandarbeit" vorbeugen. Dabei wird 1. die leistungssteigernde 2. die stärker ermüdende Wirkung der Temposteigerung bei Z. A. untersucht, wobei Rechenarbeit benutzt wurde (optische Darbietung). Übersteigertes Tempo über das optimale Tempo führt zu erhöhten Leistungen ohne Werkschlechterung; sie beruhen auf Steigerung der Willensanspannung, die zu rascherer und stärkerer Ermüdung führt, welche „im wesentlichen eine Willensermüdung ist". Der Anstrengungs-Ermüdungs-ausfall steht „nur in schlechtem Verhältnis zu der prozentual geringen Mehrleistung". Die spezifische Willensübermüdung führt zu einem Mangel an Initiative auch in der Freizeit; „der Arbeiter wird auch unfähig zu jeder sinnvollen Gestaltung der Freizeit... Das äußere Bild und das Verhalten eines solchen Menschen wird sehr ähnlich demjenigen sein, das die Menschen zeigen, die unter bestimmten Formen der Willensschwäche oder der Naurasthenie leiden." (So führt die „trockene, lebensferne Experimental-Psycholgie" mitten in unser Arbeitsgebiet! Ref.). Die Arbeit schließt mit einer ausführlichen Verwertung der Befunde für die Ermüdungsforschung und die Willenstheorie. „Ermüdung" ist ein sehr komplexes Geschehen, das durch einzelne Tests nicht ergriffen werden kann; es müssen erst verschiedene Ermüdungsformen geklärt werden. Die hier studierte „Willensermüdung" hat ein Vorstadium von Leistungsstörung, die von V.-P. nicht auf Ermüdung bezogen wird; erst im zweiten Stadium ist die Fähigkeit zur Willensanspannung herabgesetzt. Diese Ermüdungsform kommt nur bei Leistungen vor, die starke Willensanspannung fordern (Hast), sie zeigt sich in („adäquaten" Ref.) Müdigkeitsgefühlen. Zunächst kann die Überspannung des Willens als „falsche Anregung" eine Zeitlang nachklingen, wie Versuche von Zimmermann aus dem gleichen Institut zeigen (noch nicht veröffentlicht). Von grundlegender Bedeutung ist das Interesse; Abwechslung zur rechten Zeit hilft. Einengung auf interesselose Monotonie (ohne innere Freiheit bei optimalem Tempo) ergibt „Sich-Müdefühlen". Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft müssen sorgfältig unterschieden werden. Willenstheoretisch bejaht Verf. den „Willen" als aktiv-dynamischen Faktor gegenüber mehr passivierenden Triebhaftigkeiten, hier in Übereinstimmung mit L. Klages. Zwischen Willensfunktion und Aufmerksamkeit bestehen enge Beziehungen.

Die Studie ist für die psychotherapeutisch so wichtige Behandlung von Arbeitsstörungen theoretisch und praktisch gleich bedeutsam. J. H. Schultz-Berlin.

Hofstätter, Peter R., Tatsachen und Probleme einer Psychologie des Lebenslaufes. Ztschr. f. angew. Psychol. 1938. Bd. 53. S. 273—333.

Aus dem um diese Frage so verdienten Wiener psychologischen Instituts des Ehepaars Bühler gibt H. eine gedrängte programmatische Übersicht des „Lebenslauf"-problems von Quetelet bis heute. Besonders besprochen werden: „Durchschnittsmensch"; Absterbeordnung; Passions- und Kriminalitätskurve; Körperkraftskurve; geistige Lebensentwicklung; Faktorenanalyse; Geisteskrankheitskurve; alters-

spezifische Verbrechen; Selbstmordalter, alles bereits von Quetelet z. T. bis ins Einzelne vorweggenommene Fragestellungen. J. H. Schultz-Berlin.

∗Kern, M., Children's drawings of houses. Brit. J. med. Psychol. 1937. Bd. 16. S. 206—218.

555 normale, 70 oligophrene und 60 affektgestörte Kinder von 6 bis 14 zeichneten ein Haus. Die Zeichnungen ergaben gute Stufenbildung, die im 12. Jahre stockt. Schwachsinnige zeigen Unterstufenleistung etwa im Sinne Binet-Simon's, „lange, dünne" Häuser scheinen für Affektstörungen symptomatisch.

J. H. Schultz-Berlin.

Neumann, Johannes, Ganzheit und Komplex. Aus der unveröffentlichten Festschrift zum 70. Geburtstag von Dr. L. Seif. Ztschr. f. angew. Psychol. 1938. Bd. 54. S. 18—31.

Gegenüber „autonomen Komplexen" (Freud, Jung) erhebt auch N. Bedenken als Abkömmlingen „der als irrig erwiesenen und überholten Stufe der Psychologie ... der Vermögenspsychologie und Assoziationspsychologie". Ihre Annahme, ebenso die von „Automatismen" stehen wahrer Ganzheitserfassung im Wege, da sie einer Forschung entstammen, die (Descartes, Herbart) vom Bewußtsein, nicht vom Sein ihren Ausgang nimmt. An Freuds Grundpositionen anschließend entwickelt N.: „Was beim erwachsenen Menschen als Komplex erscheint, ist im Kinde ein sozialer Konflikt gewesen", daher sein affektives Gewicht. Im Gegensatz zum instinktgeleiteten und -„gesicherten" Tiere muß der Mensch vom Lebensbeginn ab durch „Sorge" das Leben zu meistern suchen; hierbei bilden sich „normale Komplexe" (Jung), die N. lieber „Gestalten" nennen möchte; sie führen zu einer psychophysischen „Durchgliederung der Person vom Leben her"; „damit werden die Komplexe zum leib-seelischen Werkzeug, zum Organ, analog den körperlich angeborenen Organen". Leben fordert „Struktur" aus Tradition und immerwechselnde Gegenwartsanpassung, „Aktualität" in Harmonie, die beim Neurotischen fehlt, da er in Kindheitserfahrungen übermäßig fixiert ist. So mangelt ihm Freiheit. Die kurzen Bemerkungen wirken fast als „Leitsätze" einer gründlicheren Auseinandersetzung, und daher ist es wohl zu verstehen, daß die sehr umfangreiche Literatur dieser grundsätzlichen Fragen unberücksichtigt bleibt. Allein die Frage, ob statt „Gestalten", wie es N. mit anderen vorschlägt, besser „Haltungen" zu setzen sind, die bekanntlich gleichfalls den überlebten Terminus „Komplex" ganzheitlich auflösen, würde eine sehr eingehende und umfassende Bearbeitung fordern. J. H. Schultz-Berlin.

Rahm, Johannes, Bildbetrachtung im Zusammenhang einer Eignungsuntersuchung. Ztschr. f. angew. Psychol. 1938. Bd. 53. S. 334—388.

Die seit 1908 verwandte Bildbetrachtung wird in dieser Arbeit als produktive Lockerung benutzt; „Ihr sollt mir erzählen, was euch zu dem Bilde einfällt", lautete u. a. die Instruktion an 370 Knaben und Mädchen von 13—16 Jahren in der psychologischen Untersuchungsstelle der Leipziger Berufsberatung; Dürers „Ritter, Tod und Teufel" wurde wie in den bekannten Versuchen von W. Schulz benutzt. Gelegentlich wurde „eine Geschichte" gefordert. Es ergaben sich typen-, berufs- und affektpsychologisch wichtige Resultate. J. H. Schultz-Berlin.

Schmid, Gottlob, Wachtraumbilder. Ztschr. f. Psychol. 1938. Bd. 143. S. 80—135.

Aus den Darlegungen sei besonders hervorgehoben, wie Verf. sich mit dem Unbewußten auseinandersetzt. Er beschreibt „vier Formen": „Als unbewußt wirkende

Vorstellungen und Vorstellungsverbindungen, als ,Affektstrahlung unbewußt wirkender Wachtraumbilder', ferner als Erscheinungsform emotionaler Gesetzmäßigkeiten und endlich als ,Inbegriff aller sich außerhalb des Oberbewußtseins vollziehender Vorgänge'." Die „Archetypen" werden nur als Auswirkung emotionaler Grundkräfte für berechtigt gehalten. Vieler Einzelheiten wegen muß auf das Original verwiesen sein. J. H. Schultz-Berlin.

Thomas, Madeleine, Methode des histoires à compléter. Arch. de Psylogie. 1937. Bd. 26. S. 209—284.

In der Kinderbehandlung leisteten die Übermittlung von Anfängen kleiner Geschichten, die zu ergänzen und vollenden waren, Freierfindungen, Beobachtungen von Lieblingsgeschichten der Verfasserin gute Dienste in der tiefenpsychologischen Arbeit, von der ein anschauliches, mit vielen Beispielen belegtes Bild gegeben wird; Träume, Lieblings- und Fantasie-Geschichten und Entlarvung sowie Direktdarstellung von Todeswünschen werden besonders eingehend behandelt (5 Fälle ausführlicherer Kasuistik). J. H. Schultz-Berlin.

Traube, Trude, Valeur diagnostique des dessins. Arch. de Psylogie. 1937. Bd. 26. S. 285—323.

„Le dessin d'un enfant c'est un peu de son âme étalée sur du papier." Mit diesem Motto von Claparède aus dem Jahre 1913 wird eine Zeichenstudie an zwei Schwererziehbaren-Klassen ($6^1/_2$ und 14 Jahre) eingeleitet, die 60 Kinder umfaßt. Das Material wird nach Form, Farbe, Symbolik und in Ansätzen tiefenpsychologisch ausgewertet (5 Abbildungen). J. H. Schultz-Berlin.

*** Velikowski, J., Psychic anaphylaxis and somatic determination of the affects.** Brit. J. med. Psychol. 1937. Bd. 17. S. 98—104.

Angstreaktionen nahmen die Form des Asthma an, weil Pat. in früher Kindheit beinahe ertrank, wie erst durch Behebung einer Amnesie festgestellt wurde.
J. H. Schultz-Berlin.

III. Psychische Hygiene

Breuninger, Manfred, Drei Jahre „Nachtklinik für Schlafgestörte". Hippokrates. 1937. 8. Jahrg. H. 42. S. 1029.

Verf. hat in Stuttgart eine kleine Klinik, in die er chronisch Schlafgestörte einige Wochen lang nur für die Nacht aufnimmt, während sie tags zu Hause leben und ihrem Beruf nachgehen. Behandlung: Abends und morgens aufklärende und suggestive Aussprache, strenge Vermeidung aller Schlafmittel; auch bei bisher Schlafmittelsüchtigen. Sehr gute und über lange Zeit anhaltende Erfolge in 2—4 Wochen, selbst bei jahrelang schwer Schlafgestörten.

Nach Verf. ist die Zielsetzung der Schlaflosigkeitsbehandlung meist falsch. Man zielt auf den Schlaf hin, auch der Arzt. Dabei ist Schlaf nur Mittel zum Zweck — am nächsten Morgen frisch und geistesklar an die Arbeit gehen zu können. Erziehung zur Objektivität gegenüber den Beschwerden, zur religiös vertrauensvollen Lebenseinstellung, um sich „fallen lassen zu können". Neu sind Begriffe, wie „Wachsucht", „Ruhewert", d. h. der Wert zwar schlaflos, aber ruhend verbrachter Stunden. In

den Aussprachen weitgehende diätetische Lebensberatung. — Eine sehr erfolgversprechende und nachahmenswerte Neueinrichtung. Tiling-Berlin.

Müllhofer, Der Arzt als Erzieher. Ziel und Weg. 1938. Bd. 9. S. 255—256.

Verf. verlangt vom Arzt eine erhebliche erzieherische und seelsorgerische Tätigkeit und betont mit Recht, daß er nur dann vollen Erfolg haben kann, wenn er selbst mit seiner Familie bis zur letzten Konsequenz nicht nur in seinen Reden, sondern noch mehr in seinem Handeln, mit seiner Tat sich bemüht, beispielgebend zu leben.

M. H. Göring-Berlin.

***Pullias, E. V., Masturbation as a mental hygiene problem.** J. abnorm. soc. Psychol. 1937. Bd. 32. S. 216—222.

66 von 70 gesunden Studenten waren fest überzeugt, daß die Onanie schwere Schäden setze! J. H. Schultz-Berlin.

IV. Psychiatrie und medizinische Grenzgebiete

Borst, Das Idealbild des Arztes. Deutsches Ärzteblatt. 1938. 19. S. 346—350.

Verf. tritt energisch für eine allgemeine Bildung des Arztes ein. Nicht die Ansammlung einer möglichst großen Menge von Einzelwissen ist das wesentliche; die wahre Bildung wird durch die innerliche Verarbeitung des Aufgenommenen erreicht. Eine Allgemeinbildung ist nicht möglich ohne eine Beschäftigung mit den Geisteswissenschaften. Es ist sehr erfreulich, daß Borst wieder auf's neue auf die Notwendigkeit hinweist, daß die Ärzte sich nicht nur mit den realen Fächern beschäftigen dürfen. Leider muß er bekennen, daß dem Medizinstudenten keine Zeit bleibt, um neben seinem Fachstudium noch philosophische, geschichtliche und kulturgeschichtliche Vorlesungen zu hören. Er schlägt eine Reform des Medizinstudiums vor; zu ihr gehört neben der Bildung des Geistes die Bildung des Herzens. „Leib, Seele und Geist sind eine lebendige Einheit, und kein Glied dieser Dreieinigkeit kann leiden, ohne die anderen mit zu ergreifen. Ein guter Arzt muß die Fähigkeit besitzen, sich in die Seele seines Kranken einzufühlen. Einfühlung allein kann ihn dazu führen, sich dem leidenden Menschen ganz hinzugeben. Und Hingabe ist alles! Hingabe ist das größte Glück des Menschen auf dieser Erde." Verf. widerlegt die Wissenschaftler, die gegen die Forderung der Ganzheitsbetrachtung mancherlei einwenden, vor allem, daß der Begriff der Ganzheit etwas irrationales sei. Er erkennt als richtig, daß auch das Lebendige mechanisch ist; es gebraucht zu seiner Gestaltung und Erhaltung zuverlässige Mechanismen. Richtig sei weiter, daß Physik und Chemie im Reiche des Lebendigen ihre Geltung hätten. Daneben erkennten wir aber überall eine Zielstrebigkeit, die sich im embryonalen Zustand ebenso wie im postfötalen Leben offenbare. Wir stünden vor dem Wunder, daß sich diese Zielstrebigkeit nicht nur im Geschehen des Augenblicks wirksam zeige, sondern daß sie oft in eine ferne Zukunft gerichtet sei. Dieses Aufgehen der Teile im lebendigen Ganzen sei nicht zu begreifen, wenn auch manche Mittel und Wege, deren sich der Organismus zur Erfüllung seiner Einheit bediene, mit physikalisch-chemischen Methoden aufgeklärt worden sei.

Leider hat Borst noch nicht den Wert der Psychotherapie erkannt, sonst würde er zweifellos gerade sie an dieser Stelle benannt haben; denn durch sie ist es am ehesten möglich, die Ganzheit zu verstehen. Zum Schluß betont Verf., daß die Heilkunde die schwerste von allen menschlichen Betätigungen sei; der Arzt müsse

möglichst universelle Kenntnisse besitzen. Sein Geist müsse zu gleicher Zeit die Symbole und Phänomene erfassen. Er müsse in den Organen ebenso suchen, wie in der Seele; er betrete mit jedem Individuum eine neue Welt; er müsse ein Mann der Wissenschaft, ein Künstler und ein gütiger Mensch sein.

M. H. Göring - Berlin.

Haeberlin, Carl, Von den neuen Aufgaben des Kurarztes im nationalsozialistischen Staat. Ziel und Weg. 1938. Bd. 11. S. 301—304.

Verf., der stellv. Vorsitzende der Deutschen allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie, weist mit Recht darauf hin, daß zahllose Erkrankungen ihre Wurzeln in den Schäden des Zivilisationslebens, in der Abkehr von den natürlichen Lebensordnungen, in der willensbestimmten Veränderung der Lebensbedingungen haben, und daß nur die wenigsten Menschen eine klare Vorstellung vom Ausmaße dieser verhängnisvollen Zusammenhänge, die die Gesundheit des einzelnen, des Volksganzen und der Rasse bedrohen, haben. Er verlangt vom Kurarzt, daß er ausgiebig mit seinen Patienten von diesen Dingen spricht, daß er in bestimmender und richtunggebender Weise in die Lebensführung eingreift, daß er zur Verbreitung gesundheitsfördernden Gedankengutes, unter starker Betonung der Möglichkeit körperlicher Ertüchtigung, beiträgt. Damit das alles sinnvoll und erfolgreich getan werden kann, muß erstens der Arzt etwas vom Leben wissen und zweitens ihm die Zusammenhänge zwischen den menschlichen Störungen der Lebensordnung und den durch sie bedingten Gesundheitsschädigungen bekannt sein. M. H. Göring - Berlin.

Haug, Karl, Die Störung des Persönlichkeitsbewußtseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. Stuttgart 1936. Verlag Ferdinand Enke. Preis: geh. 12.— RM., geb. 13.60 RM.

Verf. bringt eine klinische Studie über die verschiedenen Phänomene der Depersonalisation und ähnliche Entfremdungserlebnisse. An Hand von einem großen kasuistischen Material werden diese Erlebnisse bei organischen, bei schizophrenen, manischdepressiven Erkrankungen besprochen. Aber auch die psychogen bedingten Depersonalisationserlebnisse werden besprochen. Durch die Fülle des Materials bekommt man einen guten Überblick, wie diese Veränderungen bei psychischen Erkrankungen, aber auch bei normalen Menschen verlaufen, wie sie in andere psychotische Phänomene übergehen können und untereinander verschmelzen.

Der Verf. versucht nachher zu zeigen, daß diese Störungen nicht in den geistigen Faktoren des Ich liegen, sondern tiefer gehen und als Veränderung im Ablauf vitaler Prozesse im Rahmen neuropsychologischer Vorgänge anzusehen sind.

Er vertritt in seinen theoretischen Betrachtungen die Auffassung von Klages und Palagyi, wie sie von diesen in ihrer Wahrnehmungslehre gebracht werden. Der Verf. kann auch durch seine Darlegungen diese Anschauung weitgehend bestätigen und stützen. P. Mohr - Königsfelden.

Die Werke des Hippokrates. Teil 7: Die Natur, die Nahrung, die Säfte. Preis 7.50 RM. Teil 10: Die Krisen, Die kritischen Tage, Prognostikon. Preis 5.25 RM. Übersetzt von Dr. med. Richard Kapferer, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1936.

Durch die Übersetzung werden die Schriften des Hippokrates auch den Kollegen zugänglich, die nicht die Zeit haben, das Werk in seiner Ursprache zu lesen

oder die sich überhaupt nie mit der griechischen Sprache befaßt haben. Der Verfasser bemüht sich, die Schriften in einer verständlichen Fassung wieder zu geben, die sich gut liest, ohne daß der Sinn der Schriften verändert worden ist. Das ist ihm auch vollkommen gelungen, und man liest mit Freude das Werk, das durch seinen klaren Aufbau, seine straffe Disposition überrascht. Überall wo der Text schwer verständlich erscheint, hilft der Verf. durch Anmerkungen, die von einem großen Verständnis zeugen. Man kann dem Verf. nur dankbar sein, daß er das große Werk von Hippokrates vielen Kollegen zugänglich macht.

P. Mohr - Königsfelden.

Morgenthaler, W., Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern 1936. Bd. 2. Preis: 12.— Schw. Fr.

Die dritte Auflage des bekannten Lehrbuches für Irrenpflege hat in verschiedener Richtung eine Erweiterung erfahren. Es wurden die Schlafkur und die Insulinkur, Sterilisation und Kastration und seelische Hygiene des Pflegepersonals darin aufgenommen. Neben diesen beiden erstgenannten Kapiteln, worin die neusten Therapiemethoden beschrieben sind, ist es besonders zu begrüßen, daß nun auch die Fragen der Sterilisation und der Kastration und der seelischen Hygiene darin Platz gefunden haben. Werden doch gerade häufig in diesen Fragen zuerst, vor den Ärzten, die Pflegerinnen oder Pfleger um Rat gefragt.

Das Lehrbuch ist in seiner gewohnten Klarheit und Übersichtlichkeit geschrieben. Es verrät deutlich seine Tendenz nicht nur als Lehr-, sondern auch als Nachschlagebuch zu dienen, und wird diesen beiden Aufgaben voll und ganz gerecht. In dieser neuen Auflage sind einzelne Kapitel weggelassen worden in der Meinung, diese in einem ersten Band über die Körperkrankenpflege einzureihen. Dadurch ist diese Auflage einheitlicher und geschlossener geworden, was angenehm empfunden wird.

So kann das Lehrbuch sowohl als Hilfsmittel zur Vorbereitung auf die Prüfung als auch als Nachschlagewerk nur empfohlen werden.

P. Mohr - Königsfelden.

Schultz, J. H., Ziele und Wege der seelischen Krankenbehandlung. Hippokrates. 1936. H. 14.

Eine für den prakt. Arzt. kurze und klare Darstellung, in der auf die einzelnen Behandlungsmethoden, die Möglichkeiten für den Praktiker und das Hinführen zu innerer Freiheit, Selbständigkeit und Selbstverantwortung hingewiesen wird.

M. H. Göring - Berlin.

V. Körper und Seele

Borosini, A. v., Die Händigkeit. Fortschritte der Medizin. 1937. Bd. 4.

Nach kulturhistorischem Überblick über die Bewertung der Rechts- bzw. Linkshändigkeit werden die bisherigen Theorien über die zunehmende Häufigkeit der Rechtshändigkeit beim Kulturmenschen (Tier u. Primitiver sind noch beidhändig) in überzeugender Weise als unzureichend abgelehnt und eine neue eigene Hypothese aufgestellt. Ausgehend von der Tatsache, daß Tier und Primitiver noch exakt symmetrische Gesichtshälften haben, während (parallel mit dem Auftreten der bevorzugten Rechts-

händigkeit!) beim Kulturmenschen auch die Gesichtsasymmetrie einsetzt, führt er letztere auf die starre Einzwängung des kindlichen Schädels in das mütterliche Becken während der Schwangerschaft zurück, wie sie sich für den Menschen — im Gegensatz zum Tier — durch die Ein-Kind-Schwangerschaft und insbesondere den aufrechten Gang — ergeben haben, wobei beim Primitiven durch mehr vornübergebeugtes Hocken (statt unseres hohen Sitzens) sowie durch eine weit vielseitigere körperliche Betätigung noch einigermaßen diese Gefahr der aufrechten Haltung kompensiert würde. Da nach Verf. Ansicht Beidhändigkeit auch geistig höhere Entfaltung ermöglichen könne, so Forderung an Schwangere, durch entsprechende Haltungen die Beweglichkeit des kindlichen Kopfes möglichst lange zu erhalten, und an das Kind, es zur völlig gleichwertigen Beidhändigkeit anzuhalten. W. Kemper-Berlin.

***Hafe, J. P. u. Wagoner, K. S., The affect of pain upon peripheral blood volume.** Amer. J. Physiol. 1938. Bd. 101. S. 118—126.

Bei 5 ♂ von 20—30 Jahren wurde das Volum der rechten Hand gemessen und an der linken Hand ein Schmerzreiz (Stich; Wärme; elektrisch) gesetzt. Dabei wurde das Volum der rechten Hand kleiner durch Blutgefäßzusammenziehung.

J. H. Schultz-Berlin.

Schultz, J. H., Die seelische Führung des Kreislaufkranken. Wege der Kreislaufbehandlung. XII. Fortbildungslehrgang in Bad Nauheim (25.—27. IX. 1936).

Verf. sieht bei Kreislaufkranken mit örtlichen Störungen für den Psychotherapeuten zwei getrennte Aufgaben: 1. die Beeinflussung der gestörten Teilfunktion; 2. die Unterstützung der Persönlichkeit im Kampfe mit Teilbeschwerden und Teilversagen. Für beide kommen Hypnose und autogenes Training in Frage, und zwar für die erste Aufgabe als Umüben, für die zweite als Ruhigstellen, für letztere außerdem Psychagogik und Tiefenpsychotherapie. Zum Schluß bringt der Verf. folgendes instruktive Schema der Existenzialwerte:

Problem	Funktion	Ziel
I. Anonymität oder Euphorie der „Physis“	Körperliches Lebensgefühl	„Gesundheit“
II. Störungsfreie Betätigung in Leistung und Genuß	„Individuelle praktische Vernunft“	„Glück“
III. Gemeinschaftsentscheidung (Geltung, Besitz, Familie, Ehe usw.)	„Kollektive praktische Vernunft“	„Sicherung“
IV. Todessicherheit und kosmische Behauptung (Menschheitskämpfe, Lebensphasen, Altern, Vergänglichkeit usw.)	„Kosmische Vernunft“	„Weltanschauung“
V. Klare Selbsterkenntnis, Selbstbewertung und Selbstentscheidung	„Selbstbeherrschung“	„Selbständigkeit“ „Freiheit“
VI. Lebendig oder geistig produktiv sein	„Totalharmonie“	„Selbstverwirklichung“

M. H. Göring-Berlin.

Wittkower, E., Bourne, G., Scott, R. B., The psychological factor in cardiac pain. Lancet 1937. S. 609 u. 665.

In eingehenden Beobachtungen wird der psychologische Hintergrund von einer Reihe von Fällen von angina pectoris sorgfältig analysiert und ein anschauliches Schema der hier gegebenen Verbindungen gegeben, besonders mit Rücksicht auf Gefährdung der Selbsterhaltung. J. H. Schultz-Berlin.

VI. Erbbiologie und Rassenkunde

Kuttner, Ludwig, Die Kinder der Sicherungsverwahrten. Kriminal. Abhandlungen. 1938. Bd. 31. Hersg. von Franz Exner.

Verf. hat die ehelichen und unehelichen Kinder von 208 verheirateten, geschiedenen und verwitweten Sicherungsverwahrten untersucht. Die eigenen Kinder und die Stiefkinder waren weit über den Durchschnitt kriminell, die eigenen noch wesentlich stärker als die Stiefkinder. Sämtliche eigenen Kinder wurden schon vor Vollendung des 25. Lebensjahres kriminell. Die Väter dieser Kinder waren ebenfalls alle Frühkriminelle. In 83,6% wurden bei den Vätern und den Kindern dieselbe Deliktsart oder dieselbe Hauptdeliktsrichtung gefunden. Verf. verlangt die Unfruchtbarmachung des frühkriminellen, endogenen Verbrechers. M. H. Göring-Berlin.

Mandel, Hermann, Rassenseele und Weltanschauung. Ztschr. f. Psychol. 1938. Bd. 142. S. 233—258.

„So ist denn in der Tat, im ganzen genommen, nicht nur die Weltanschauung der Rahmen für das Verständnis des Menschen, sondern auch der lebende Mensch das Vorwort zur Weltanschauung oder Philosophie. Ja die Philosophie wird ebenso wie Geschichte der Religion und Kunst nicht zuletzt zur rassenkundlichen Geistesgeschichte. Das bedeutet keine Relativierung und Subjektivierung der Wahrheit und Wirklichkeit, wenn anders in einer seiner Züchtungen der Mensch zur Wirklichkeit erwacht ist. Und wir sahen, daß es in der Tat einen Typus der „Wirklichkeits-Ergründer“ (Lenard) gibt, ein Seelentum nicht nur vollen Zusichselbstgekommenseins, sondern, in Wechselbezug dazu, größter Wirklichkeitsnähe und -tiefe. In diesem Sinne können wir in der Tat von „deutscher Weltanschauung“ (vgl. schon Max Wundts treffliche Schrift darüber, 1926!), ja, selbst „deutscher Physik“ (Lenard) reden, ohne damit subjektivistischem Relativismus zu verfallen. Deutsche Weltanschauung ist in der Tat nichts anderes als Wirklichkeitsweltanschauung, deutscher Glaube nichts anderes als Wirklichkeitsglaube.“ J. H. Schultz-Berlin.

***McInnes, R. G., Heredity in neurosis.** Proc. R. Soc. Med. 1937. Bd. 30. S. 895—909.

50 Fälle von Angstneurose zeigten die gleiche, 30 Fälle von Hysterie die doppelte Belastung mit Psychosen gegenüber Normalen. Neurosen fanden sich in der Sippe der Angstkranken mehr als zweimal, Angstneurosen und -psychosen mehr als dreimal so viel, während bei Hysterie Neurosen in der Sippe etwa zweimal häufiger, Neurosen und Psychosen gleicher Art seltener als bei Normalen vorkamen.

J. H. Schultz-Berlin.

Schultz, J. H., „Erbanlage und Verbrechen“. D. med. Wochenschr. 1936. S. 195.

Es handelt sich um die Besprechung der gleichnamigen Arbeit von Stumpfl. Verf. begrüßt die Herausarbeitung charakterologischer Faktoren und die Ablehnung

einer zu allgemeinen Annäherung der Psychopathen an die Psychosen. Dadurch wird der Psychopath als teilweise erblich bedingter Charakterkranker gelöst vom psychotischen Radikal und als Lebendiger zur Aufgabe helfender Menschenbildung und ärztlicher Psychotherapie. M. H. Göring-Berlin.

VII. Gesetzeskunde, Gutachtenwesen

Freisler, Roland, Vom alten zum neuen Ehescheidungsrecht. Kritik, Vorschlag, Begründung. Unter Mitwirkung von Amtsgerichtsrat Doz. Dr. Schönke und Gerichtsassistent Dr. B. Richter. (Schlegelberger-Freisler, Beiträge zur Rechtserneuerung Heft 6). Berlin 1937. R. v. Decker. 328 S. 15.— RM.

Die Bedeutung ehelicher Fragen in der Psychotherapie rechtfertigt eine Würdigung dieses ausgezeichneten Werkes an dieser Stelle. Die Ehe, über einen individuellen Gesellschaftsvertrag erhoben zu lebendiger Forderung wahrer Gemeinschaft und Grundbestandteil des neuen Deutschlands bedarf der Pflege und des Schutzes; so ist es besonders zu begrüßen, daß die schwierige Scheidungsfrage hier von autoritativer Seite behandelt wird. Dabei wird die Ehe nicht von dem religiösen, staatlichen oder persönlichen, sondern nur vom völkischen Standpunkte aus betrachtet. Nach eingehender Kritik des ausgedehnten Schrifttums über das Scheidungsrecht wird „weder Erleichterung noch Erschwerung, sondern grundsätzliche Erneuerung" verlangt. Die zerstörte Ehe ist rechtlich lösbar, aber nicht durch selbständige Verfügung der Ehegatten. Neben schuldhaften sind auch unverschuldete Zerrüttungsgründe anzuerkennen, so daß „der gemeinsame Scheidungsentschluß als sittliche Tat" Anerkennung heischt. Die Eheunfähigkeit ist nicht Anfechtungs-, aber Scheidungsgrund; sie besteht bei Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit, Erbkrankheit, dauernd ansteckender Krankheit, Geistesstörung. Bei Zerrüttung der Ehe darf nicht „anatomisch" nach Einzelheiten „kausaler" Art gesucht werden, sondern die Beurteilung soll „final" die Lebens- und Tragfähigkeit der Ehe erfassen und jeden „Strafcharakter" vermeiden. Die Zerrüttung muß den Charakter der „Hoffnungslosigkeit" haben. Als absolute Scheidungsgründe gelten „schwerer Treubruch" wie: unverziehener Ehebruch, Verweigerung von Nachkommenschaft und Geschlechtsverkehr, Lebensnachstellung, bösliches Verlassen. Bei „in Pflichterfüllung entstandener Fortpflanzungsunfähigkeit" (etwa Kriegsverletzung) kann die Ehe nur in gegenseitigem Einverständnis geschieden werden. Für das Verfahren wird „ein besonders geartetes, selbständiges Ehegericht und -gerichtsverfahren" empfohlen. Im Gericht sollen ein Vorsitzender, ein Vormundschaftsrichter und ein Arzt sitzen; von diesem werden psychiatrische Fachkenntnisse verlangt; „der Arzt als Sachverständiger kann den Arzt auf dem Richterstuhle nicht ersetzen". Im übrigen werden Einzelheiten des Verfahrens und der Rechtslage samt ihren Folgen erörtert.

Die sichtlich aus größter Erfahrung im Sinne des neuen Deutschlands gestalteten Vorschläge werden sicher von allen Psychotherapeuten wärmstens begrüßt werden.

J. H. Schultz-Berlin.

Ratsam, Berta, Noch einmal psychologische Sachverständige? Kriminalist. Monatshefte. 1937. Bd. 11. H. 1.

Behandelt ausdrücklich nur die Fälle, in denen Kinder und Jugendliche nicht als Angeklagte, sondern als Zeugen, und zwar in Sexualprozessen, vernommen werden. In diesen Fällen sei es unpsychologisch, den psychologischen Sachverständigen als neue

und dritte Person dem Kinde gegenüberzustellen. Für die Wahrheitsfindung komme es auf tadellose und überraschende erste Vernehmung des Kindes und unverzüglichen Zugriff dem Täter gegenüber an. Nur dadurch könne eine Beeinflussung des Kindes durch die Angehörigen vermieden werden. Erforderlich sei nicht ein psychologischer Sachverständiger, sondern eine psychologische Sachbearbeiterin, wie sie in der Kriminalbeamtin gegeben sei. G. Fuhge-Berlin.

Rei., Relative Impotenz als Eheanfechtungsgrund. Ärztl. Sachverst.-Ztschr. 1937. Bd. 43, H. 6.

Kasuistischer Beitrag. Entscheidung des Obergerichts Kanton Aargau. 30. 8. 1935.

Wiegand, Unter welchen Voraussetzungen begründet Hysterie das Vorliegen von Invalidität? Ztschr. ärztl. Fortbildung. 1937. Bd. 7.

„... dann Invalidität besteht, wenn der Versicherte infolge der von seinem bewußten Willen unabhängigen Hemmungen nicht imstande ist, das erforderliche Drittel zu verdienen. Auch falls solche Hemmungen vorliegen, ist demnach das Bestehen von Invalidität dann zu verneinen, wenn dem Versicherten nach dem medizinischen Befund trotz seiner abwegigen Veranlagung zugemutet werden kann, die vorhandenen Hemmungen soweit zu überwinden, daß er noch das gesetzliche Lohndrittel zu verdienen imstande ist. In letzter Linie ist hiernach stets als entscheidend anzusehen, ob die den Erwerb des Lohndrittels ermöglichende Willenskraft vorhanden ist oder nicht.“ W. Kemper-Berlin.

Wann ist eine Rente für eine Unfallneurose gerechtfertigt? Ztschr. ärztl. Fortbildung. 1937. Bd. 11.

„... Habe sich infolge der Körperverletzung durch den Unfall ein nervöses Leiden entwickelt und seien dann Begehrungsvorstellungen nach einer Rente in der Annahme entstanden, erwerbsunfähig geworden zu sein, so sei der ursächliche Zusammenhang anzunehmen; diese Annahme entfalle aber, falls lediglich ein äußerer Zusammenhang durch den Unfall und der Erinnerung an denselben vorhanden sei und der seelische Zustand weder durch den Unfall bewirkt noch verstärkt worden sei.“ W. Kemper-Berlin.

VIII. Heilpädagogik und Fürsorge

***Brown, Fred, Neuroticism of institution versus non-institution children.** J. appl. Psychol. 1937. Bd. 21. S. 379—383.

Internatkinder zeigen häufiger (Knaben: 24%; Mädchen: 29%) Neurosen als Familienkinder (Knaben: 17%; Mädchen: 18%). J. H. Schultz-Berlin.

***Eisenberg, P., Factors related to feeling of dominance.** J. consult. Psychol. 1937. Bd. 6. S. 89—92.

Älteste und Einzel-Kinder neigen mehr als jüngste und „Mittel“-kinder, Kinder von Beamten und Freiberuflern mehr als Kinder von Arbeitern, jüdische Studenten und Studentinnen mehr als evangelische und katholische zu Machttendenzen.

J. H. Schultz-Berlin.

∗McDowell, M. S., Frequency of choice of play materials by preschool children. Child Developm. 1937. Bd. 8. S. 305—310.

Von 20 Kindern im Alter von 24—28 Monaten bevorzugten bei freier Spielzeugwahl ♂ Baumaterialien und Bilderbücher, ♀ Haushaltsspielzeug und Zeichen-Modellierstoff. J. H. Schultz-Berlin.

∗Hattwick, L. A., Sex differences in behaviour of nursery school children. Child Developm. 1937. Bd. 8. S. 353—355.

Das Verhalten von 283 ♂ und 296 ♀ wurde von je 3 Beobachtern protokolliert. Die Knaben zeigten sich mehr aggressiv-extravertiert (Springen, Jauchzen, Angreifen, Gefahrsuchen, Trägheit im Arbeiten, Bummeln; öfter Sprachstörungen und Onanie), die Mädchen mehr zurückhaltend-introvertiert (Scheu vor Gemeinschaftsspielen, Anlehnung an Erwachsene, Daumenlutschen). Die meisten dieser Differenzen sind schon mit 2—2 1/2 Jahren nachweisbar. J. H. Schultz-Berlin.

IX. Philosophie

Buttersack, Seelenkräfte in der Heilkunde. Ztschr. ärztl. Fortbildung. 1936. Bd. 23.

Kurze, in eindringlich, fast aphoristischem Stil formulierte Gedankengänge über jenseits bisher physikalisch-chemischer Faßbarkeit stehende „Seelenkräfte“ (vgl. hierzu des Verf. Schrift: Körperloses Leben — Diapsychikum; Engelmann, Leipzig). „. . . weil psychische Energien nur auf ebensolche, nicht aber auf physikalische oder chemische Apparate wirken, müssen wir eben psychische Resonatoren benützen, etwa Ahnung, Witterung, Hellgefühl . . .“ — „Wir sterben nicht bloß wegen anatomisch-physiologischer Veränderungen, sondern auch, weil unser ‚Kreis‘ hinweggestorben ist oder weil wir keine Resonanz mehr für unsere Antennen bekommen.“ — „. . . woraus schöpfen die großen Persönlichkeiten, die an psychischen Energien Reichen ihren nie versiegenden Kraftvorrat? Offenbar nicht aus ihrer zeit- und ortsgebundenen Umgebung mit den niederen Potentialen. Ihre Quellen reichen weit zurück in das gewaltige Leben ihres Volkes, in jenes Meer von seelischen Energien, zu welchem die unabsehbaren Reihen der Generationen jeweils ihre Beiträge geliefert haben. Man könnte es — nach dem Vorgang des Dielektrikums der Physiker — Diapsychikum nennen . . . Wie es zeitlich in unermeßliche Fernen reicht, so kann man auch räumlich Zuflüsse aus dem Universum annehmen . . . dahinter steht eine Weltseele . . . Diese Weltseele lebt auch — freilich unerkannt — in uns zeitgebundenen Geschöpfen und verknüpft uns ebenso untereinander wie mit der unendlichen Vergangenheit und der unendlichen Zukunft.“ W. Kemper-Berlin.

Delahaye, Karl, Die „memoria interior“-Lehre des heiligen Augustinus und der Begriff der „transzendentalen Apperzeption“ Kants. Versuch eines historisch-thematischen Vergleichs. Heft 38/39 der „Abhandlungen zur Philosophie und Psychologie der Religion“. Würzburg 1936. Verlag C. J. Becker, Universitätsdruckerei. Geh. 4.50 RM.

Die Schrift hat den Vorzug, daß sie vor allem psychologische Probleme in den Schriften zweier großer Philosophen übersichtlich herausarbeitet, und zwar nicht nur die Stellung der Psychologie in ihren Systemen, sondern in deren Entwicklungen.

Augustin: leidenschaftlicher Wahrheitssucher, nicht in der patristischen Dogmatik, sondern am konkretesten Einzelwesen: bei sich selbst. In seinem Leben jedes scheinbare Ideal versuchend, das sich ihm bietet: Dogmatismus der Manichäer — Skeptizismus der Akademiker — Idealismus der Neuplatoniker — Christentum. Sein leidenschaftlicher Geist, seine Intuition und starkes affektives Erleben betont wenig das Systematische, überspringt ganze Gedankenreihen, um zu einer höheren Anschauung zu gelangen. Unmittelbare Schau, nicht der abgezogene Begriff, ist seine Welt; Evidenz, Erkennbarkeit, nicht schematische Vollständigkeit sein philosophisches Kriterium.

Kant: das Systematische tritt betont hervor oder wird vielmehr von andern betont. Aber neben dieser anerkannten Richtung seines Denkens weist der Verfasser auf das Entgegengesetzte, nämlich seine Aufrollung der Problemstellungen, was in seiner Zeit großen Einfluß hatte. In der Entwicklung der Philosophie Kants ergibt sich für den Psychologen ein interessantes Bild: Kant kommt später aus systematisch-logischen Gründen zur Ansicht der Unmöglichkeit der Psychologie als Wissenschaft in seiner mittleren kritischen Epoche. Aber in seinen Ausgangspunkten, wie in seinem Spätwerk, der „Anthropologie“ gibt er viele Anregungen und Methodologisches zur modernen Psychologie, ebenso in seinen Vorlesungen über Psychologie (publiziert von Du Prel).

Die Einheit des Seelischen beim subjektiven Akt des Anschauens und Erkennens ist eine der wesentlichsten Fragen. Für Kant können wir sie so formulieren: Wie werden die verschiedenen äußeren und inneren Wahrnehmungen vereinigt zu einem Bilde oder Begriff? Worin besteht die Einheit eines Geistigen? Ist diese lediglich die logische Form? Ist das Metaphysische ganz in die Außenwelt oder das Objektive verdrängt, in das „Ding an sich“ oder liegt es auch jener Einheit des Geistigen zugrunde?

Bei Augustin steht die Lehre der „memoria interior“ im Zentrum seiner Seelenmetaphysik. Vom äußern gelangt man zum inneren Menschen durch sieben Stufen der Seelentätigkeit: Belebung des Körpers — sinnliche Wahrnehmung — Denken — Reinigung — Beschauung — Schau — ewige Glückseligkeit. Diese letzte ist nicht mehr Stufe, sondern hier bleibt die Seele. Trägerin dieser Seelentätigkeiten ist die „memoria interior“. Dieser Ausdruck ist mit Gedächtnis, wie es der Verfasser tut, natürlich nicht übersetzt, sondern eher mit innerer Bewußtheit; das „Selbst“ nennt es der Verfasser. „Groß ist die Macht der memoria interior, ein Unfaßbares, das mich erschaudern macht; mein Gott, eine tiefgründige und grenzenlose Vielfältigkeit. Und das eben ist der Geist, und ich selbst bin es“ (Confessiones X). „Die memoria interior umfaßt unzählbare Felder und Höhlen und Grotten mit einer unzählbaren Fülle unzählbarer Gattungen von Dingen, die teils durch ihre Abbilder gegenwärtig sind, wie die Körper, teils durch sich selbst, wie die wissenschaftlichen Kenntnisse, teils durch was weiß ich für Begriffe und Merkzeichen, wie die Gemütsbewegung, die das Gedächtnis festhält, ohne daß der Geist sie erleidet, da doch alles, was immer im Gedächtnis, im Geist ist“ (Conf. X).

Diese unbestimmten Anschauungen werden in der Trinitätslehre gegliedert, so zum Beispiel in die Begriffe anima, spiritus, intellectus und animus. Anima ist jedes belebende Prinzip, auch bei Tieren. Animus dagegen ist die Form der Seele als Geist, „gleichsam ihr Haupt, oder Auge, oder Antlitz (aber nicht in körperlicher Weise); das in der Seele Hervorragende (quod excellit in anima) heißt Geist“. „Höchster Grund der Seele.“ Von einer Trennung von Geist und Seele also keine

Rede! „Anerkenne etwas in dir ... innen, innen in dir! ... Laß hinter dir das Außen und dein Gewand und dein Fleisch, steige hinab in dich, geh in dein Geheimgemach, deinen Geist!“ „... aber die Menschen sehen staunend nach den Berggipfeln, den Meeresfluten ohne Grenzen, dem breiten Strom gewaltiger Flüsse, dem endlos weiten Rund des Ozeans und dem Lauf der Sterne, sich selber aber sehen sie nicht und sehen sich ohne Staunen“ (Conf. X).

Bei Kant finden wir nun an Stelle der memoria interior, die transzendentale Apperzeption, als eine Grundkraft, welche die seelischen Vermögen in einem Selbst zusammenbindet. Das ist seine ursprüngliche Auffassung der transzendentalen Apperzeption auch als ein „Radikalvermögen“ das „sich nicht weiter auflösen und beantworten läßt, weil wir ihrer zu aller Beantwortung und zu allem Denken der Gegenstände immer wieder nötig haben“.

Der Verfasser hat nun mit der Sammlung solcher Stellen mit großer Deutlichkeit hervorgehoben, daß Kant mit der transzendentalen Apperzeption niemals nur eine logische Form oder Kategorienlehre gemeint hat, sondern sie als unum empiricum, logicum und metaphysicum auffaßt. Diese psychischen Grundlagen sowie die darauf aufbauende Psychologie Kants sind klar herausgearbeitet.

Als weitere zentrale Probleme seien erwähnt: die Trinitätslehre, bei Augustin weit über das Dogmatische hinaus auch psychologisch entwickelt; der Raum in seiner Bedeutung als Form des Denkens, Tatsache und Inhalt des Selbstbewußtseins; menschlicher Geist und Urvernunft Gottes; Augustins Urbild-Abbild-Theorie; Kants Denken und Anschauen; die Gotteslehre beider Philosophen.

Hans H. Baumann - Zürich.

X. Völkerpsychologie

Heun, E., Zur neuen deutschen Heilkunde. Fortschritte der Medizin. 1936. Bd. 24.

Zunächst „Psychologische Betrachtungen über die seelischen Voraussetzungen zur neuen deutschen Heilkunde“ (Totalitätsanspruch, Ganzheitsbetrachtung, rassische Grundlagen, Bedeutung der Gefühlswerte, Problem der Willensfreiheit). — Betonung der starken Antriebe zur Neugestaltung der gesamten Heilkunde aus der Psychotherapie. Versuch über die beiden bisherigen Prinzipien: naturwissenschaftliche Erklärung und psychologisches Verstehen zu einer dritten übergeordneten Erkenntnisform: der Intuition zu kommen. Kritische Überprüfung ihrer verschiedenen Formen und Möglichkeiten für Diagnose und Therapie. „Vertritt man aber (ergänze: im Gegensatz zur „rationalistisch-mechanistisch-naturwissenschaftlichen Heilkunde“) die Anschauung, daß das innerste Wesen des Menschen rationaler, und zwar sowohl naturwissenschaftlicher wie geisteswissenschaftlicher Erkenntnis nicht zugänglich ist, und daß zufolge des Ganzheitscharakters der leiblich-seelischen Organisation alle Einzelheiten auch stofflicher Art an der Unerklärbarkeit teilhaben, dann werden alle Forschungsergebnisse als relativ erscheinen, d. h. bezogen bleiben auf den irrationalen Charakter des Menschenwesens. Der Arzt wird bei solcher Grundanschauung zwar brauchbare Ergebnisse der allerverschiedensten (nicht nur naturwissenschaftlichen) Forschungen verwenden, er wird sich aber deren Relativität stets bewußt bleiben und zentral seine Behandlung der irrationalen Schöpferkraft überlassen.“

W. Kemper - Berlin.

Lechler, Alfred, Seelische Erkrankungen und ihre Heilung. Stuttgart 1937. I. F. Steinkopf. 92 S. Preis: 1.20 RM.

Wie der Verf. im Vorwort schreibt, ist das Buch in erster Linie für die Angehörigen seelisch Kranker bestimmt. Es wendet sich an breiteste Volksschichten und sucht durch eindeutige und einfachste, auf das Wesentliche reduzierte Beispiele der vielfach großen Unkenntnis seelischer Störungen, die besonders in christlichen Kreisen herrsche, zu steuern. Das Büchlein ist mit großem Verantwortungsbewußtsein im Hinblick auf diesen Zweck in volkstümlicher Form geschrieben. Auf Grund einer 15jährigen Praxis in der Kuranstalt „Hohe Mark" faßt der Verf. in einzelnen Kapiteln die Neurosen nach ihren Hauptmerkmalen (z. B. Angstneurosen, Depressionsneurosen, Zwangsneurosen, Beziehungsneurosen, Hypochondrie, Hysterie) zusammen, sucht ihre Entstehung zu erklären und deutet mögliche Heilungswege an, wobei er besonders auch auf den im Religiösen (im Christentum) liegenden Heilfaktor hinweist. Im letzten Kapitel setzt er sich als Christ mit der Frage auseinander: „Macht das Christentum seelisch krank?" Er gibt zu, daß bei Menschen, die zu Neurosen neigen, u. a. auch durch den christlichen Glauben seelische Schädigungen hervorgerufen werden können (übersteigerte Schuldgefühle usw.). Trotzdem sei es eine Erfahrungstatsache, daß das Christentum nicht nur den Menschen seelisch gesund machen, sondern daß es ihn auch gesund erhalten kann. Er schließt sein Buch mit dem Wortlaut einer Erklärung, die vor einer Reihe von Jahren 83 hervorragende Nervenärzte abgegeben haben, in der es u. a. heißt: daß sie „dringend und ernstlich davor warnen, den Christenglauben auch nur im geringsten in den Herzen unserer Jugend verkümmern zu lassen".

Helene Wünsche-Berlin.

Schmidt, A., Warum war Cheiron, der erste Heilkundige im griechischen Mythos, ein Kentaur? Hippokrates. 1937. 8. Jahrg. H. 39. S. 970.

Interessanter Hinweis darauf, daß die Griechen lange vor Asklepios den Kentauren Cheiron als Repräsentanten der Heilkunst dachten und darstellten. Die naturnahen Griechen erfühlten, daß die Synthese des Geistigen Menschlichen mit dem Instinktmäßigen, Tierhaften erst den wahren Arzt macht. Der zugleich Heilkundiger (wobei der Verfasser auf die Tatsache hinweist, daß dem noch magisch denkenden Volk Heilkunst etwas Heiliges war) und Lehrer des Achill, Lehrer auch der Musik, des Leierspieles, war. Wahres Arzttum und Kunst, vor allem Musik, reichen mit ihren Wurzeln ins Tierhafte, Erdgebundene, Trieb- und Instinkthafte hinein, mit ihrer Krone ins Menschlich-Geistige. — Erst als das Verstandesmäßige im Menschen, also auch im Arzt, zuungunsten des Instinktes wuchs, wandelte sich im griechischen Mythos der Kentaur Cheiron, und an seine Stelle trat der vergöttlichte Mensch Asklepios. Auch dieser noch mit einem tierhaften, das Instinktmäßige, gleichsam Zauberische andeutenden Attribut, dem Symbol der Schlange. Wunderbar ist die frühgriechische Erkenntnis für das Wesentliche wahren Arzttums, die Naturnähe und die seelische Betätigung als Lehrmeister sowohl in der Heilkunst, als auch in den musischen Künsten mit ihrem seelischen Heilwert. — Auf die besondere sinnliche Bedeutung der Symbole Pferdeleib und Schlange in diesem Zusammenhang weist der Verfasser nicht hin.

Tiling-Berlin.

Thurnwald, Hilde, Menschen der Südsee. Charaktere und Schicksale, ermittelt bei einer Forschungsreise in Buin auf Bougainville, Salomo-Archipel. Mit einem Vorwort von Prof. Richard Thurnwald. Stuttgart 1937. Ferdinand Enke Verlag. 209 S., 32 Abbildungen auf Tafeln. Geh. 12.— RM., Leinen geb. 13.60 RM.

Das Buch ist deshalb besonders wertvoll, weil es eine seltene aufgeschlossene wissenschaftliche Gesinnung bekundet und dementsprechend auch neue Wege zur psychologischen Erforschung der Naturvölker vorzeigt. Die Vfn. hat nämlich den Menschen mit seinen rassischen und seelischen Voraussetzungen in den Brennpunkt ihrer Beobachtungen gesetzt. Abweichend von den üblichen völkerkundlichen Methoden hat sich Th. bewußt in den Alltag der Dorfgemeinschaft eingereiht, geht den kleinen und großen Sorgen des einzelnen und der Familie nach und gewinnt so eine wertvolle Reihe gesicherter, der Wirklichkeit entsprechender Einzelzüge, die sich zu prachtvollen Bildern über die Schicksale der Primitiven verdichten.

Dieser verheißungsvolle Versuch einer neuartigen völkerkundlichen Forschungsweise mit ihren tatsachengetreuen, geradezu filmisch genauen Querschnitten durch das Leben und Handeln des Primitiven und seiner Angehörigen bringt die alte, noch da und dort stillschweigend angenommene Auffassung der einförmigen Gleichheit aller Naturmenschen gründlich ins Wanken. Th. kann mit Hilfe ihres feinfühligen Unterscheidungs- und ihres schmiegsamen sprachlichen Ausdrucksvermögens eine große Zahl der verschiedensten, stark voneinander sich abhebenden Menschen vorstellen, die alle auf ihre Weise unbedingt als Persönlichkeiten wirken und als solche nicht unterschiedslos in ihrem Stamm untergehen.

Dies auf eine so anspruchslose Art neuerdings dargelegt zu haben ist eines der grundlegendsten Ergebnisse der Th.schen Forschung. Es ist dies zwar eine Bestätigung dessen, was uns schon früher ernsthafte, nüchterne Völkerkundler berichteten, aber ohne das Wissen um diese charakterologische Unterschiedlichkeit könnten die individuell verschiedenartigen Auswirkungen der Tätigkeit westlicher Regierungspolitik, Kolonisation und Mission auf die Eingeborenen nicht verstanden werden. Die Vfn. hat in verdienstvoller Weise die Reaktionen auf die Einflüsse von Regierung, Pflanzung und Mission abgeleuchtet und damit praktisch wertvollere Arbeit geleistet, als viele umfangreiche Forschungsberichte, die doch nur den wissenschaftlichen Volkskundler interessieren, dem Kolonialpolitiker aber nichts Greifbares zu vermitteln vermögen. Hier ist Th. ein hoffnungsvoller Anfang gelungen, ein Ausbau ihrer Methode wäre nützlich.

Die von Th. in 16 Geschichten erzählten Berichte über einzelne Buinleute sind auch für den Psychologen wertvoll. Die Mitteilungen über den Medizinmann Lokobau und die Medizinfrau Kidou, über ihr Träumen, ihr für Primitive typisches Hantieren mit Erfahrungswissen, magischem Denken und dem Kausalitätsprinzip, nicht zuletzt die sehr beachtenswerten Einzelheiten über die Dämonenwelt der Buinleute, insbesondere über die Walddämonin Bàliku und ihren Schattenmann Boipo sind für den mit den Ideen C. G. Jungs vertrauten Psychologen von ausgesuchtem Reiz. Es ist unmöglich, hier im einzelnen zu erwähnen, wie zahlreich im Werke Th.s die Nachweise zur Tatsache der extrem entwickelten Außenprojektionen sind, die uns überall bei Naturmenschen auffallen. Ein gut angelegtes Sachregister ermöglicht dem psychologisch interessierten Leser leicht, das ihm Nützliche aus dem empfehlenswerten Buch herauszufinden. Leonhard Haas-Bern.

Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Otto Curtius, Duisburg a. Rh. — Für den Anzeigenteil verantwortlich: Arnold Plohmann, Leipzig. — Verlag: S. Hirzel, Leipzig C 1, Königstr. 2. — Druck: A. Heine GmbH., Gräfenhainichen. — „I. v. W. g.“ — Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste 1. — Printed in Germany.